Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Katamnestische Untersuchung der 1969 erstmals aufgenommenen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen

TEIL 3:
DIE BEDEUTUNG VON ART UND AUSMASS DER THERAPIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Josef Aumiller
aus Ulm

1980

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Katamnestische Untersuchung der 1969 erstmals aufgenommenen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen

TEIL 3:
DIE BEDEUTUNG VON ART UND AUSMASS DER THERAPIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Josef Aumiller
aus Ulm

1980

Dekan: Professor Dr. G. Rassner
Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

REFO-DRUCK HANS VOGLER TÜBINGEN

Meinem Vater und meiner Mutter,
die mir mein Studium ermöglichten

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	Einleitung und Fragestellung	1
II.	Zum Gegenstand der Untersuchung	3
II.1	Die untersuchte Population (das Patientengut)	3
II.1.1	Selektion der Patienten	3
II.1.2	Selektion durch die Nachuntersuchung	6
II.2	Die untersuchten Dimensionen	7
II.2.1	Art und Ausmaß der Therapie	7
II.2.2	Die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen	12
II.2.3	Literatur zum Thema	15
III.	Methodik	16
III.1	Erhebung der Daten zu Art und Ausmaß der Therapie	16
III.1.1	Krankenblattinhalt - daraus gewonnene Merkmale	16
III.1.2	Ergänzung der Daten zur Therapie durch den Fragebogen	17
III.2	Datengewinnung über die weitere Entwicklung	18
III.2.1	Zur postalischen Befragung	18
III.2.2	Die Versendung der Fragebögen	21
III.2.3	Die erfragten Merkmale	21
III.3	Die mathematisch-statistische Verarbeitung	23

		Seite
IV.	Daten über Art und Ausmaß der Therapie	25
IV.1	Aufbau der Tabellen	25
IV.2	Tabellen mit stichwortartigem Kommentar	26
IV.2.1	Vorhergehende auswärtige Therapie wegen der Einweisungsgründe, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten	26
IV.2.2	Durchführung einer Therapie oder Beratung bei der Aufnahme 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen	29
IV.2.3	Aufnahmemodus	31
IV.2.4	Anzahl der ambulanten Beratungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen von 1969 - 1976 insgesamt	33
IV.2.5	Spezielle nicht medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen	39
IV.2.6	Schulberatung	43
IV.2.7	Medikamentöse Therapie	45
IV.2.8	Dauer der 1. Behandlungsperiode	49
IV.2.9	Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte während der 1. Behandlungsperiode	52
IV.2.10	Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Beratung bzw. Therapie	54
IV.2.11	Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode	59
IV.2.12	Die weitere ambulante Behandlung nach 1969	65
IV.2.13	Stationäre Behandlung nach 1969	70
IV.2.14	Abbruch der 1969 begonnenen bzw. vorgeschlagenen Behandlung	72
V.	Die weitere Entwicklung der ehemaligen Patienten	74
V.1	Aufbau der Tabellen	
V.2	Tabellen	
V.2.1	Symptomentwicklung	75
V.2.2	Psychosomatische Störungen	79

		Seite
V.2.3	Entwicklung der familiären Belastung	81
V.2.4	Entwicklung von Kontaktschwierigkeiten	84
V.2.5	Medikamenteneinnahme	86
V.2.6	Ausbildung und Beruf	87
V.2.7	Familienstand	101
V.2.8	Wohn-Ort (zuhause, Heim etc.)	103
V.2.9	Freizeit-Kontakte	105
V.2.10	Urteil der Eltern über die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen	109
VI.	Statistische Zusammenhänge zwischen Variablen der Art und des Ausmaßes der Therapie und Variablen der weiteren Entwicklung	118
VI.1	Mathematisch-statistische Vorbemerkungen	118
VI.2	Tabellarische Übersicht über die einzelnen Zusammenhänge	119
VI.3	Art, Stärke und Erklärung der einzelnen Zusammenhänge	121
VI.3.1	Zusammenhang: Auswärtige Therapie vor 1969 mit weiterer Entwicklung	121
VI.3.2	Zusammenhang: Therapie (ja, nein) bei der Aufnahme 1969 mit weiterer Entwicklung	125
VI.3.3	Zusammenhang: Aufnahmemodus mit weiterer Entwicklung	126
VI.3.4	Zusammenhang: Anzahl der ambulanten Beratungen (von 1969-76) mit weiterer Entwicklung	135
VI.3.5	Zusammenhang: Spezielle nicht medikamentöse Therapie mit weiterer Entwicklung	142
VI.3.6	Zusammenhang: Schulberatung mit weiterer Entwicklung	143
VI.3.7	Zusammenhang: Medikamentöse Therapie mit weiterer Entwicklung	148
VI.3.8	Zusammenhang: Dauer der 1. Behandlungsperiode mit weiterer Entwicklung	155
VI.3.9	Zusammenhang: Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Therapie mit weiterer Entwicklung	161

Seite

VI.3.10 Zusammenhang: Art der durchgeführten auswärtigen Behandlung mit weiterer Entwicklung 162

VI.3.11 Zusammenhang: Wiederaufnahme der Behandlung mit weiterer Entwicklung 164

VI.3.12 Zusammenhang: Ambulante Therapie nach 1969 mit weiterer Entwicklung 170

VI.3.13 Zusammenhang: Behandlungsabbruch und weitere Entwicklung 177

VI.3.14 Zusammenhang: Eltern-Urteil über die Behandlung und weitere Entwicklung 184

VII. Zusammenfassung 196

Literaturverzeichnis 199

I. Einleitung und Fragestellung

Am Anfang der vorliegenden Untersuchung stand das Bedürfnis, die Existenzberechtigung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen gegenüber dem Land Baden-Württemberg, welches die nötigen finanziellen Mittel mehr oder weniger bereitstellt, zu belegen. Hierzu genügt jedoch weder der Hinweis auf die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Praevalenz im Schulalter: 20 - 25 % laut "Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD", 1975 S. 235) noch die Darstellung der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geleisteten Arbeit anhand von Krankengeschichten oder mittels Berechnungen der Arbeitsstunden. Nur eine Untersuchung, welche zu Aussagen über die Ergebnisse des gesamten Spektrums der geleisteten Arbeit gelangt, kann die entsprechenden Argumente liefern.

Ursprünglich sollte also im Wesentlichen die Bedeutung der Beratung und Behandlung für die Weiterentwicklung der ehemaligen Patienten untersucht werden; um auch andere, möglicherweise bedeutsame Einflüsse zu berücksichtigen, wurde die Arbeit erweitert und folgendermaßen aufgeteilt:

Teil 1: Die Bedeutung klassisch-medizinischer Kriterien (Inge LEIDINGER)

Teil 2: Die Bedeutung familiärer und sozialer Variablen (Frieder KRAMER)

Teil 3: Die Bedeutung von Art und Ausmaß der Therapie (Josef AUMILLER).

Somit kann diese Arbeit einerseits Argumente für oder gegen die weitere Förderung der Kinder- und Jugendpsychiatrie liefern; andererseits können die Ergebnisse dazu beitragen, die theoretischen Grundlagen der Sekundärprävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erweitern.

In der vorliegenden Arbeit soll folgende Fragestellung untersucht werden:

- Welche Therapie (Art und Ausmaß) wurde bei den 1969 erstmals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen aufgenommenen Patienten in dem Zeitraum von 1969 - 1977 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen und außerhalb durchgeführt?

- Wie sieht die weitere Entwicklung der ehemaligen Patienten aus?

- Welche statistischen Zusammenhänge lassen sich zwischen Variablen der Therapie und Variablen der weiteren Entwicklung nachweisen?

II. Zum Gegenstand der Untersuchung

Bevor im Kapitel III. "Methodik" der Untersuchungsgang im Einzelnen dargestellt wird, soll erläutert werden, was im Hinblick worauf untersucht wurde.

II.1 Die untersuchte Population (das Patientengut)

Untersucht wurden alle Patienten (1368), die 1969 erstmalig in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen ambulant und/oder stationär aufgenommen wurden und deren Ambulanzblätter bzw. Krankengeschichten archiviert waren.[1] Darunter befanden sich Patienten aller Altersgruppen, beiderlei Geschlechts, mit vielfältigen Einweisungsgründen und Diagnosen (s. dazu Teil I der Untersuchung; Inge Leidinger), aus verschiedener familiärer Situation und unterschiedlichen sozialen Schichten (s. dazu Teil II; Frieder Kramer).

Zusätzlich konnten von 711 dieser Patienten die weitere Entwicklung bis Ende 1977 mittels postalischer Befragung erhoben werden.

II.1.1 Selektion der Patienten

Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen aufgenommenen Patienten sind aus der Gesamtheit aller Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten in mehrfacher Hinsicht selektiert:

Laut Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD 1975 sind bei 20 bis 25 % aller Schulkinder Verhaltensauffälligkeiten festzustellen, die in irgendeiner Form der Klärung bedürfen (Bundestagsdrucksache 7/4200 S. 235). Aus mehreren Untersuchungen zur behandelten Prävalenz von Verhal-

---

1) Ca. 20 Krankengeschichten waren nicht auffindbar.

tensstörungen bei Kindern und Jugendlichen geht deren geringer Anteil im Verhältnis zur wahren Prävalenz hervor (Literaturübersicht über Erhebungen zur wahren und behandelten Prävalenz ab 1970 in der BRD s. Henkel/Roer 1976 sowie Bundestagsdrucksache 7/4200 S. 235-237).

So stellt Steuber bei 25 % der von ihm untersuchten Grundschulkinder Verhaltensauffälligkeiten fest, wobei diese in der Gruppe der Kinder aus der Unterschicht und der unteren Mittelschicht signifikant höher sind als bei Kindern aus der Oberschicht sowie der oberen und mittleren Mittelschicht. Weiter fand Steuber, daß nur bei 16,5 % der verhaltensauffälligen oder leistungsbeeinträchtigten Grundschulkinder zumindest diagnostische Maßnahmen eingeleitet wurden, wobei dies in niederen Sozialschichten bei 11 %, in höheren Sozialschichten bei 29,5 % der auffälligen Kinder geschah. (Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Thalmann 1976, s.a. Bundestagsdrucksache 7/4201 S. 28-31 und S. 35.)

Zur Selektion der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen liegen Untersuchungen aus den letzten Jahren vor: Der Arbeit von Zillhardt zur räumlichen und sozialen Gliederung der ambulanten (!) Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen kann entnommen werden, daß 28 % der ambulanten Patienten im Jahre 1970 aus Tübingen, 76,8 % aus dem Umkreis von 40 km kamen. Im Vergleich mit der erwerbstätigen Bevölkerung in Baden-Württemberg ist der Anteil der ambulanten Patienten aus Arbeiterfamilien etwa gleich groß, der Anteil der Patienten aus Familien Selbständiger und aus Angestellten- und Beamtenfamilien ist um ca. ein Drittel niedriger, der Anteil der ambulanten Patienten aus Akademikerfamilien ist, verglichen mit der erwerbstätigen Bevölkerung in Baden-Württemberg mehr als doppelt so hoch. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß in Tübingen als Universitätsstadt die Akademiker relativ stark vertreten sind (Zillhardt[1] 1976 S. 19-27).

---

1) Nicht berücksichtigt wurde in dieser Arbeit, daß die Kinderzahl schichtspezifisch variiert.

Becker faßt seine Ergebnisse einer Feldstudie über die räumliche Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen (!) in Tübingen folgendermaßen zusammen: "Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozioökologischer Stadtstruktur und der räumlichen Verteilung von psychischen Erkrankungen von Jugendlichen dergestalt, daß in Gebieten mit niedriger sozialer Stufe mehr Erkrankungen vorkommen bzw. in Gebieten mit höherem sozialen Niveau unterdurchschnittliche Werte zu verzeichnen sind. .... Die verschiedenen ... sozialen Schichten bevorzugen jeweils andere beratende und behandelnde Stellen. Die sozial höher gestellten bevorzugen eindeutig die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik; die Ärzte haben ihre Patienten vorwiegend aus den sozial mittleren Schichten, die sozial unteren Schichten werden hauptsächlich von der Erziehungsberatung des Jugendamtes betreut."

Obwohl es in Tübingen und im größeren Umkreis zur Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher kein "Regionales Verbundsystem" gibt, wie es im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1975) gefordert wird, erfüllt die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen einen Großteil der in der Psychiatrie-Enquête beschriebenen Aufgaben einer Zentralen Institution im Rahmen des Verbundsystems (s. Kap. II.2.1).

Zur Selektion und Zusammensetzung der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen s.a. Teil I, Leidinger (Einweisungsgründe, Diagnosen, Einweisende Stelle) sowie Kap. IV (Auswärtige Vorbehandlung).

II.1.2 Selektion durch die Nachuntersuchung

Die Daten zur weiteren Entwicklung der Kinder sind zusätzlich selektiert:
Von 18 Kindern der 1368 ehemaligen Patienten wurde bekannt, daß sie zwischenzeitlich verstorben waren, 6 davon an der Krankheit, die zur Aufnahme in die Jugendpsychiatrie geführt hatte.
Die Eltern von 17 Kindern schickten den Fragebogen unausgefüllt zurück, während den Eltern von 20 Kindern aus verschiedenen Gründen kein Fragebogen zugeschickt werden konnte. (Meistens war keine Adresse vorhanden).
277 Kinder (20 %) waren inzwischen mit unbekannter Adresse verzogen und 325 Fragebögen (24 %) blieben trotz Mahnung unbeantwortet.
Schließlich konnten die mehr oder weniger ausführlich ausgefüllten Fragebögen von 711 ehemaligen Patienten (52 %) verwertet werden.

Die Auswirkungen dieser Selektion auf die Zusammensetzung der Daten über Art und Ausmaß der Therapie sind in den Tabellen des Kapitels IV. dargestellt. Demnach ist die Rücklaufquote bei den nichtbehandelten Patienten geringer, bei den über einen längeren Zeitraum betreuten, den mehrmals beratenen sowie den nach Abschluß einer ersten Behandlungsperiode wiederaufgenommenen Patienten höher als im Durchschnitt.

Wie Kramer F. (Teil II der Untersuchung) feststellt, kann "eine eindeutige schichtspezifische Selektion durch die postalische Untersuchung, wie sie von Friedrichs (1973, S. 241) aufgrund einer Vielzahl von Forschungsergebnissen berichtet wird, nicht bestätigt werden".

Über den Einfluß der Rücklaufquote auf die Selektion der Daten zur weiteren Entwicklung läßt sich m.E. nur spekulieren. Laut Harbauer stimmt "... die oft geäußerte Ver-

mutung, es würden vorwiegend die gut ausgelaufenen Behandlungsfälle oder die sich positiv entwickelnden Probanden antworten, nach eigener Erfahrung nur begrenzt ..." (Harbauer, 1967 S. 30). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Fritz H. (1964) und Dührssen A. (1962) nach Hausbesuchen bei ehemaligen Patienten, die trotz mehrmaliger Aufforderung nicht zur klinischen Nachuntersuchung gekommen waren. Dagegen behauptet Langen, daß "sich vor allem die Ungebesserten einer Aufforderung zur Untersuchung eher widersetzen werden, als die Gruppe der Gebesserten. Wenn demnach mehr als 10 % auf Anfragen nicht antworten, muß der Prozentsatz Ungebesserter von vorneherein höher angenommen werden, als dem Ergebnis des vorliegenden Untersuchungsmaterials entspricht." (Langen, 1956 S. 105).

II.2 Die untersuchten Dimensionen

II.2.1 Art und Ausmaß der Therapie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen übernimmt in ihrer Ambulanz neben der Funktion einer "Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familie" auch die "ambulante Diagnostik und Behandlung, soweit sie die Möglichkeiten der übrigen ambulanten Dienste überschreitet", entsprechend den in der Psychiatrie-Enquête beschriebenen Aufgaben einer "zentralen Institution im Rahmen eines Verbundsystems" (Bundestagsdrucksache 7/4200 S. 240 ff).

Unter der Voraussetzung, daß mit den Erkenntnissen der Neurosenpsychologie und experimental-psychologischen Untersuchungsverfahren und der allgemeinen Medizin keine befriedigende Diagnose gestellt werden kann, hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie noch weitere Möglichkeiten einer mehrdimensionalen Diagnostik, die ambulant oder auch im Rahmen der stationären Beobachtung zur Anwendung gebracht werden können. So kann das Kind bzw. der Jugendliche nach internistischen, pädiatrischen, genetischen,

logopädischen und psychiatrischen Kriterien untersucht werden. Ferner stehen laborklinische, röntgenologische und bioelektrische Untersuchungsverfahren zur Verfügung (nach M. Müller-Küppers 1963).

Mit diesen Möglichkeiten der Diagnostik verbunden ist die Aufgabe der ambulanten Behandlung. Bei den Formen der Betreuung handelt es sich überwiegend um kinderpsychiatrische Elternberatung mit bis zu fünf Sitzungen. Diese Beratung der Eltern von psychisch auffälligen, gestörten oder behinderten Kinder und Jugendlichen unterscheidet sich nach Zielsetzung und Methode von der kinderärztlichen Elternsprechstunde und der psychologischen Erziehungsberatung durch ihre mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Nach Nissen "bilden die aus mehrdimensionaler Sicht gewonnenen Erkenntnisse über die individuellen Anteile somatogener, psychogener oder konstitutioneller Faktoren an der Entstehung der psychischen Verhaltensanomalien des Kindes die entscheidenden Voraussetzungen der Elternberatung. Erst aus der schweregradmäßigen Auffächerung und Akzentuierung verschiedener pathogenetisch wirksamer Schädigungen und Noxen und der sich daraus ergebenden speziellen medizinischen, heilpädagogischen und psychotherapeutischen Konsequenzen und prognostischen Einsichten lassen sich die Grundlagen für eine verantwortliche kinderpsychiatrische Beratung der Eltern gewinnen." Dies setzt umfassende Kenntnisse der Psychopathologie des Kindesalters, der Entwicklungspsychologie und der Kindertherapie voraus, ebenso sind auch Erfahrungen auf dem Gebiet der Erwachsenenpsychiatrie notwendig, da nicht selten derartige Störungen oder Erkrankungen bei Eltern vorliegen. Von einer psychotherapeutischen Behandlung der Eltern unterscheidet sich die kinderpsychiatrische Elternberatung dadurch, daß sie zwar pathogene Reaktionen und Haltungen korrigieren, jedoch keine Veränderungen ihrer Persönlichkeitsstruktur bewirken kann (vgl. Nissen a.a.O.).

Für einen großen Teil der Patienten und Eltern hat die Ambulanz - entsprechend ihrer Bedeutung als Spezialeinrichtung - die Funktion eines diagnostischen Filters. Für weiter notwendig werdende Behandlungen z.B. beim Psychotherapeuten, Logopäden, Heilgymnasten, Nervenarzt und Kinderarzt werden in Wohnortnähe entsprechende Stellen vermittelt.

Aufgrund der knappen personellen Kapazität der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen (1969 war sie mit einem Facharzt für Kinderpsychiatrie und mit einem Psychologen besetzt) können längerdauernde spezielle nicht medikamentöse Therapieformen wie Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Heilpädagogik ambulant nur in sehr begrenztem Umfang durchgeführt werden.

Eine Sondergruppe stellen die Patienten mit "körperlichen Auffälligkeiten" (oft Epilepsie) dar, die oft in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten langfristig von der Ambulanz betreut werden.

Im stationären Bereich nimmt die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik einen Teil der im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1975) geforderten Aufgaben "eines stationären Zentrums im Rahmen eines regionalen Verbundsystems" wahr, so die

- "stationäre Diagnostik, wo dies für die Vornahme bestimmter Untersuchungsverfahren oder zur Klärung durch Beobachtungssituationen unumgänglich ist;
- kurzfristige stationäre Behandlung (höchstens sechs Monate) bei akuten Erkrankungen und Krisen und zur Vorbereitung ambulanter Weiterbehandlung";

- kurzfristige stationäre Behandlung (in dem Bericht über die .... wird hier eine bis zu zweijährige mittelfristige Behandlungsmöglichkeit gefordert) "bei Störungen des Verhaltens und der Beziehungen, die eine intensive multidisziplinäre Versorgung erforderlich machen" (höchstens sechs Monate in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen).

Eine mittelfristige (bis zu zwei Jahren) und langfristige (länger als zwei Jahre) stationäre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Psychosen, bei geistig Behinderten mit neuropsychiatrischen Komplikationen sowie bei Mehrfachbehinderten kann - wie in der Psychiatrie Enquête gefordert - von der hiesigen Abteilung schon allein aufgrund der geringen Bettenkapazität nicht geleistet werden (im Jahre 1969 standen 40 stationäre Plätze zur Verfügung).
Die Indikation zur stationären Aufnahme wird von der Ambulanz gestellt nach Rücksprache mit den Stationsärzten. Dies ist notwendig, da bei der jeweiligen Zusammensetzung der Station mit großer Umsicht vorgegangen werden muß, damit diese funktionsfähig bleiben kann. Die Weiterbetreuung nach der Entlassung wird ebenfalls von der Ambulanz durchgeführt.
Die Patienten des Jahres 1969 der Tübinger Klinik wurden nach Alterskriterien getrennt auf die beiden gemischten Stationen aufgenommen; eine Verteilung nach Art der Erkrankung (neurologisch-psychiatrisch) bzw. Schwerpunkt, Diagnostik oder Therapie, konnte nicht vorgenommen werden.[1)]

---

1) Aufgrund des Umzugs im September 1977 in ein neues Gebäude in der Osianderstraße ist es durch eine Reduzierung der Bettenkapazität auf 34 Plätze und durch die Aufteilung in drei Stationen zu einer gewissen Neustrukturierung der Klinik gekommen.

Folgende Aufgaben konnten von der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im stationären Bereich erfüllt werden:

Eine eingehende neurologische Diagnostik. Sie steht bei der Abklärung von Schwachsinnsformen, Epilepsie, Hirntraumafolgen, degenerativen Erkrankungen und organischen Psychosyndromen im Vordergrund.

Psychiatrische und psychologische Diagnostik. Wesentlicher Bestandteil der kinderpsychiatrischen Diagnostik ist das Elterngespräch, in dem eine biographische und soziale Anamnese erhoben und die Familiensituation geklärt werden kann. Die psychiatrische und psychologische Untersuchung des Kindes bzw. Jugendlichen umfaßt neben der Exploration die Durchführung verschiedener Leistungs- und projektiver Tests sowie die Verhaltensbeobachtung.

Die Verhaltensbeobachtung des Kindes bzw. Jugendlichen ist auch eine Hauptaufgabe der in der Klinik tätigen Schwestern, Erzieher, Kindergärtnerinnen und Sonderschulpädagogen. Sie ist mit die Grundlage für die in der Fallkonferenz zu entscheidenden therapeutischen Maßnahmen, die wiederum im Wesentlichen vom pädagogischen und pflegerischen Personal getragen werden. Zentral ist hierbei das Bemühen um ein "therapeutisches Milieu" (Buckle) sowie der Umgang mit dem Verhalten der Patienten und mit gruppendynamischen Prozessen.

Neben der Behandlung mit Psychopharmaka und Antiepileptika kommen bei dem einzelnen Kind je nach Indikation spezielle therapeutische Maßnahmen wie tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie, Spieltherapie einzeln oder in der Gruppe sowie verhaltenstherapeutische Praktiken zur Anwendung.

II.2.2 Die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen

Da die Untersuchung zeigen soll, ob und warum die ehemaligen Patienten 8 Jahre nach ihrer Neuaufnahme mehr oder weniger gesund sind als im Jahr 1969 (zum Gesundheitsbegriff s. Teil II Kramer F.), ist es notwendig, in mehreren Dimensionen nach Anzeichen von Krankheit zu suchen.

Relativ sichere Aussagen können - so scheint es - in der Dimension krankhafte Symptome gemacht werden:
Treten Symptome oder Probleme (z.B. Erziehungsschwierigkeiten) auf, die zur Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führen, also von den Eltern als störend bzw. krankhaft erlebt werden, so ist das Kind und/oder dessen Verhältnis zu seinen Eltern als krank anzusehen.

Bezeichnete man allerdings einseitig das Kind, dessen Verhalten die Eltern (und durch die Eltern evtl. es selbst) stört, als krank, so bestünde das Therapieziel konsequenterweise in der einseitigen Anpassung des Kindes an die Erziehungsziele der Eltern. Wie jedoch u.a. die zunehmende Literatur zur Familienforschung und -therapie zeigt, ist "nicht mehr allein das gestörte Individuum, sondern zugleich die störende Umwelt, der 'Patient Familie' Gegenstand der medizinisch-ätiologischen Betrachtung ebenso wie des therapeutischen Handelns ..." geworden (Geissler/Thoma 1975 S. 162).

In der weiter gefaßten, über den Bereich der Familie hinausgehenden, sozialen Dimension wird als Therapieziel einseitig die soziale Anpassung, Bewährung bzw. Integration des erkrankten Individuums angestrebt, und damit zum Kriterium psychischer Gesundheit erhoben:
So gibt Stokvis allein folgende "... Kriteria zur Beurteilung der Ergebnisse ..." der Psychotherapie an (Stokvis 1958 S. 40): "1. sozial sehr gut angepaßt, 2. sozial gut

angepaßt, 3. sozial genügend angepaßt, 4. sozial zweifelhaft angepaßt, 5. kein Erfolg oder verschlimmert.

Gegenüber dieser Ansicht "... betonen natürlich mehrere Untersucher ..., daß trotz guter sozialer Bewährung die seelische Gestörtheit hochgradig sein könne, so daß bei genauer Untersuchung die Zahl der Geheilten stark abnehme." (Ernst und Mitarbeiter 1968 S. 51)

Deshalb berücksichtigen einige Autoren neben der sozialen Eingliederung das Vorhandensein neurotischer Reste bei der Beurteilung des Therapieerfolges. (s. z.B. Dührssen 1962 S. 98 f.)

Für Langen stellt sich die "... Therapeutische Zielsetzung" (Langen 1956 S. 103), an welcher der Erfolg gemessen werden soll, so dar: "Es kommt in jeder Psychotherapie darauf an, die manifest gewordene Neurose in den Zustand zurückzuversetzen, der vor der Manifestation bestand." (ebenda)

Dieses Verständnis von Behandlungserfolg, welches von Heilung (d.h. Gesundheit!) spricht, sobald die Störungen des Patienten behoben sind und gleichzeitig dessen Integration in soziale Beziehungen geglückt ist, sieht in dem Verhältnis Mensch-Umwelt[1)] allein das Individuum als veränderbar an. Dieses hat sich einer Umwelt anzupassen, welche nicht zuletzt eine Bedingung für die Entwicklung seelischer Krankheiten darstellt.

Demgegenüber müßte für eine Therapie, welche ein "gesundes" Mensch - Umwelt Verhältnis anstrebt, gefordert werden, daß sie einerseits die Umwelt-Bedingungen der jeweiligen Krankheit abbaut (z.B. Konkurrenz-verursachende Auslesefunktion der Schule), und auf der Seite des Individuums neben Symptomfreiheit bewirkt, daß der ehemalige Patient seine natürliche und soziale Umwelt mitsamt den Bedingungen und Ursachen seines Krank-seins erkennen und seinen eigenen (!)

---

1) Zum Begriff "Umwelt" s. Geissler/Thoma 1975 S. 44

Zielen gemäß (evtl. gemeinsam mit anderen Mitmenschen) gestalten kann.

Erst dadurch ist das Therapieziel auf der Seite des Patienten, der Mensch als handelndes Subjekt, "der ... allein die Möglichkeit (hat), sich zwischen Reagieren und Nichtreagieren zu entscheiden ..." (Lempp 1975 S. 27).

Für diese Untersuchung ergeben sich demnach folgende Bereiche, in welchen nach Anzeichen von Krankheit gesucht werden muß:

1. Die Entwicklung von Symptomen oder Problemen, welche von den Eltern als krankhaft erlebt werden.
2. Der Bereich schulischer und beruflicher Entwicklung.
3. Der Bereich neurotischer Symptome, welcher teils identisch mit 1. ist, zusätzlich jedoch die soziale Kontaktfähigkeit berücksichtigt.
4. Die Subjekt-Umwelt Beziehung, worüber allerdings aufgrund der Erhebungsmethode (s. Kap. III.) nur wenig bekannt ist.

Schließlich interessiert noch, ob die Eltern mit der Behandlung zufrieden waren und wie sie deren Einfluß auf ihre Kinder und auf ihr Verhältnis zu ihren Kindern beurteilen, da die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen neben objektiven Veränderungen in den unter 1. - 4. dargestellten Bereichen darauf abzielt, zur subjektiven Zufriedenheit der Eltern und ihrer Kinder beizutragen.

II.2.3 Literatur zum Thema

Einen Überblick über die Therapieformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt Spiel, W. (1976).
Aus der breiten Literatur über die Behandlungsform der Beratung seien nur angeführt: Houben, A. (1975), Nissen, G. (1976), Dührssen, A. (1977) sowie zu Erfahrungen mit Elterngruppen Lehnhardt, K. (1965) und zum Thema: "Beratung versus Psychotherapie" Friedrich, M.H. (1977).
Eine Darstellung der verschiedenen Formen der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen sowie eine Zusammenstellung der wichtigsten Veröffentlichungen hierzu liegt von Bodenstein, D. u.a. (1976) vor.
Zu Aufgaben und Struktur kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken sowie zur Rolle der einzelnen Mitarbeiter seien die Untersuchungen von Buckle, D.F. (1965), Strunk, P. (1971), Müller-Küppers, M. (1967) und Bothmer, von G. (1973) erwähnt. Zu speziellen Themen: "Aufbau einer Station für jugendliche psychiatrische Patienten" (Kossen, J. u.a. 1977); "Zur Strukturanalyse des Krankengutes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Kinder und Jugendliche" (Remschmidt, H. 1974).
Über Katamnesen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich eine ausführliche Literaturübersicht bei Ernst, K. und Mitarbeiter (1968) auf S. 50 ff.
Darunter gibt es viel Literatur über Katamnesen nach psychotherapeutischer Behandlung, z.B. Dührssen, A. (1964) und Harbauer H. (1960). Neuere katamnestische Ergebnisse nach psychotherapeutischer Behandlung bei Kindern finden sich bei Leventhal/Weinberger (1975) und Maluccio (1974). Diese Untersuchungen eignen sich allerdings nicht zum Vergleich, da nur ein geringer Anteil unserer Patienten psychotherapeutisch behandelt wurde und insofern auch ein anderes Krankheitsspektrum vorliegt, des weiteren ist im Vergleich zu unserer Arbeit keine dieser Katamnesen auslesefrei.
Zur Sozialepidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich eine Übersicht bei Petri, H. (1979) sowie Henkel/Roer (1976).

III. Methodik

III.1 Erhebung der Daten zu Art und Ausmaß der Therapie

Wir, die drei Autoren der Gesamtstudie, entnahmen die Daten zum klassisch-medizinischen, familiär-sozialen sowie therapeutischen Bereich in gemeinsamer Arbeit den jeweiligen Krankenblättern (Daten zur Therapie nach 1969 z.T. den Fragebögen s.u.) und übertrugen sie auf einen von uns erstellten Datenbogen.
Dabei standen wir in engem Kontakt miteinander, um die Unterschiede in der Auswertungsmethodik möglichst gering zu halten.
Da verschiedene Ärzte und ein Psychologe die Patienten betreut und befundet hatten, können gewisse Unterschiede in unserem Ausgangsmaterial nicht ausgeschlossen werden. Wir konnten jedoch Art und Ausmaß dieser vermuteten Unterschiede aus den Angaben im Krankenblatt nicht beurteilen.

III.1.1 Krankenblattinhalt - daraus gewonnene Merkmale

Neben Daten zum Alter und Geschlecht der Patienten enthalten die Krankenblätter Angaben über die Anamnese, den Anlaß zur Aufnahme, die familiäre, soziale und schulische Situation, die Ergebnisse der körperlichen und z.T. testpsychologischen Untersuchung und die Diagnose.
Regelmäßig ist in den Krankenblättern auch der Aufnahmemodus festgehalten. Bei der Erhebung des Merkmals "nur stationär" ist z.T. eine ambulante Voruntersuchung mit eingeschlossen.
In den meisten Krankenblättern ist auch notiert, ob bei dem Kind/Jugendlichen wegen der Einweisungsgründe, die 1969 erstmals zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten, bereits vorher auswärts eine Behandlung oder

ein -sversuch durchgeführt wurde, so daß ein entsprechendes Merkmal erhoben werden konnte.
Ob eine Beratung oder Therapie bei der Aufnahme 1969 hier durchgeführt wurde oder nicht, wurde ebenso in den Datenbogen eingetragen.
Die Anzahl der ambulanten Beratungen im Zeitraum von 1969 bis 1976 sowie die Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte sind (von wenigen Ausnahmen abgesehen) regelmäßig angegeben, so daß hier die Daten ziemlich vollständig sein dürften. Bei der Erhebung der Daten wurde ebenfalls erfaßt, ob im Rahmen der ambulanten bzw. stationären Behandlung eine medikamentöse oder eine spezielle nicht medikamentöse Therapie sowie ob eine eingehende Schulberatung durchgeführt wurde.
Die Dauer der Behandlung konnte den meisten Krankenblättern entnommen werden. Wir bildeten hierfür die beiden Merkmale "Dauer der 1. Behandlungsperiode" - hierunter ist die Behandlungsdauer der Patienten, deren Behandlung nach einer Behandlungsperiode abgeschlossen wurde, und die Dauer der 1. Behandlungsperiode bei den später wieder aufgenommenen zusammengefaßt - sowie das Merkmal "Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode" - hierunter wurden die Patienten erfaßt, bei denen es zu einer Wiederaufnahme der Behandlung kam, nachdem im Arztbrief oder in der Epikrise ausdrücklich der Abschluß der Behandlung festgestellt worden war.

III.1.2 Ergänzung der Daten zur Therapie durch den Fragebogen

Falls von der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine auswärtige Beratung oder Therapie für die Kinder bzw. die Eltern vermittelt oder empfohlen wurde, war dies in den meisten Krankenblättern notiert. Mit Hilfe des Fragebogens konn-

ten wir diese Angaben ergänzen und kontrollieren, inwieweit eine derartige auswärtige Behandlung auch durchgeführt wurde.
Als Hinweis auf die subjektive Therapiebedürftigkeit interessierten drei weitere Merkmale, die wir retrospektiv mittels Fragebogen erheben konnten: die Eltern wurden befragt, ob ihr Kind bzw. sie mit ihrem Kind zwischen 1969 und 1977 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung waren, ob ihr Kind in diesem Zeitraum in stationärer Behandlung war, sowie ob eine 1969 begonnene bzw. vorgeschlagene Behandlung zu Ende geführt werden konnte.
Bei der Bewertung dieses Merkmals muß berücksichtigt werden, daß ein Behandlungsabbruch nicht automatisch als Therapiemißerfolg eingestuft werden kann. Laut Gleiss und Mitarbeiter ergeben die wenigen empirischen Untersuchungen, die dieser Frage nachgehen, daß der überwiegende Teil der Patienten (Erwachsene !), welche frühzeitig eine Behandlung abbrachen, sich nicht wieder an eine andere psychiatrische Institution wandte (Gleiss und Mitarbeiter, 1973 S. 173).

Weitere Angaben zur Therapie, wie z.B. Abschlußurteile über das Behandlungs- bzw. Beratungsergebnis sowie ein Urteil über die Prognose, wie von A. Dührssen gefordert, sind in den Krankenblättern nur selten enthalten, so daß derartige Merkmale nicht gebildet werden konnten.

III.2. Datengewinnung über die weitere Entwicklung

III.2.1 Zur postalischen Befragung

Aufgrund des Zwecks der Untersuchung, zu Aussagen über die Weiterentwicklung des gesamten Spektrums der Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen betreut werden, zu gelangen, führten wir die Nachuntersuchung mittels posta-

lisch versandten Fragebögen durch.
Der Fragebogen sollte von den Eltern oder Erziehungsberechtigten des ehemaligen Patienten ausgefüllt werden.
Deshalb dürften insbesondere die Daten über Familienprobleme durch die Symptome des Kindes und die Daten zum Kontaktbereich subjektiv gefärbt, d.h. weniger valide sein.[1)]

Die allgemeinen Angaben darüber, wie zuverlässig postalisch erhobene Daten sind, widersprechen einander:
Harbauer hat zur "Verwendbarkeit des standardisierten Fragebogens" die Bedenken, "... daß dieses Vorgehen, mit ganz wenigen Ausnahmen, keine zuverlässige und gut brauchbare Methode repräsentiert." (Harbauer 1967 S. 29).
Wheeler und Mitarbeiter konnten bei der persönlichen Nachuntersuchung von 51 ehemaligen erwachsenen (!) Patienten der Psychiatrie keine statistisch signifikanten Unterschiede zu den Angaben eines vorher versandten Fragebogens feststellen. (Wheeler und Mitarbeiter 1950 S. 879 f.).

In der katamnestischen Untersuchung von Ernst "erwiesen sich ... (demgegenüber) ... die brieflichen Angaben einiger (!) Patienten ... bei der nachträglichen persönlichen Untersuchung als weitgehend unzutreffend." (Ernst 1959 S. 17)

Friedrichs stellt zur schriftlichen Befragung in der Sozialforschung fest: "ob auch durchdachtere und gültigere Antworten als im Interview gegeben werden, ist noch umstritten." (Friedrichs 1973 S. 237)

Da bei der schriftlichen Befragung der Interviewer fehlt, sind einerseits (unterschiedliche) suggestive Einflüsse auf den Befragten ausgeschlossen, andererseits können dadurch die Fragen nicht erläutert werden. Allerdings kann

---

1) Diese Vermutung stützt sich darauf, daß "in Familien mit psychisch kranken Kindern ... entweder ein Elternteil oder beide Eltern an mehr oder minder starken psychischen Störungen (leiden)", laut Geissler/Thoma ein gesichertes Ergebnis der Familienforschung. (Geissler/Thoma 1975 S. 181)

der Befragte schriftliche Fragen stärker durchdenken, da er nicht unter Zeitdruck steht.

Ein Hinweis darauf, wie zuverlässig unsere Fragebögen beantwortet wurden, läßt sich aus folgender Tabelle ableiten, in welcher die, von den Eltern im Fragebogen angegebenen ehemaligen Einweisungsgründe mit den in den Krankenblättern beschriebenen Einweisungsgründen verglichen werden.

Anzahl der Patienten, deren Eltern im Fragebogen die ehemaligen Einweisungsgründe übereinstimmend mit den im Krankenblatt enthaltenen Einweisungsgründen angaben:

Anzahl der Einweisungsgründe laut Krankenblatt	Anzahl der übereinstimmenden Angaben im Fragebogen:				
	0	1	2	3	4
0	5	-	-	-	-
1	118 (25%)	345 (75%)	-	-	-
2	29 (16%)	92 (61%)	60 (33%)	-	-
3	9 (20%)	13 (28%)	18 (39%)	6 (13%)	-
4	1 (6%)	3 (19%)	10 (62,5%)	2 (12,5%)	0

Demnach stimmen die Angaben der Eltern über die Einweisungsgründe überwiegend mit den Angaben der Ambulanzblätter bzw. Krankengeschichten überein.

Selbstverständlich können bestimmte Bereiche der persönlichen Entwicklung in einem Fragebogen, der "... klar, kurz und aus sich heraus verständlich sein (muß)." (Friedrichs, 1973 S. 236) nur andeutungsweise erfaßt werden.
Dazu gehören z.B. wenig imponierende psychoneurotische Restbefunde. Auch können kaum Aussagen darüber gemacht werden, wie bewußt und selbständig der Jugendliche seine Umwelt gestaltet, d.h. inwiefern er (sie) seiner Umwelt als Subjekt gegenübersteht (s. Kap. II.2.2).

Aus diesen Grenzen der postalischen Befragung folgt jedoch m.E. nicht, daß "im kinderpsychiatrischen Arbeitsbereich ...

Fragebogenerhebungen, die verwertbare Spätbefunde erbringen sollen, ungeeignet (sind)" (Harbauer, 1967 S. 35), wie Harbauer seine diesbezüglichen Erfahrungen zusammenfaßt.

III.2.2 Die Versendung der Fragebögen

Nachdem wir die Fragen mit zum Großteil standardisierten Antworten formuliert hatten (s. Kap. V.), stellten wir daraus einen 12-seitigen Fragebogen zusammen.
Die Fragebögen wurden, mit motivierendem Begleitschreiben versehen, in 2 Serien (Ende November 1977 und Anfang Januar 1978) jeweils zum Wochenende verschickt. Zwei Wochen später wurden Mahnschreiben versandt, wodurch die Rücklaufquote von ca. 30 % auf 52 % anstieg.

III.2.3 Die erfragten Merkmale

Einleitend fragten wir die Eltern nach den Symptomen oder Problemen, welche 1969 zur Aufnahme geführt hatten.
(Zur Formulierung s. Kap. V.). Anschließend wurde nach der Entwicklung dieser Probleme und nach einem möglichen Symptomwandel gefragt.
Um Hinweise auf neurotische Reste zu erhalten fragten wir einerseits nach Belastungen der Familie durch die Symptome[1)] und nach Veränderungen dieser Belastung. Andererseits fragten wir nach Kontaktschwierigkeiten im außerfamiliären Bereich, nach deren Entwicklung und nach psychosomatischen Symptomen.

---

1) Ein heikler Bereich, weshalb auch die Frage unpräzise formuliert wurde. Bedenkt man weiterhin, daß auch die gelungene Einbeziehung eines Kindes in abnorme familiäre Beziehungen als Verminderung familiärer Belastung empfunden werden kann, muß der Charakter dieser Frage als Hinweis auf neurotische Reste infrage gestellt werden.

Weitere Fragen galten inzwischen durchgeführten Beratungen oder Behandlungen wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen, wobei berücksichtigt werden muß, daß kein direkter Zusammenhang zwischen Auftreten, Stärke und Behandlung entsprechender Symptome besteht: laut "Bericht zur Lage der Psychiatrie ..." war "bei Grundschulkindern, die als verhaltensauffällig oder leistungsbeeinträchtigt ermittelt wurden ... nur für 16,5 % eine zumindest diagnostische Maßnahme eingeleitet worden." (ebenda S. 237).
Fragen zur schulischen und beruflichen Entwicklung sollen die soziale Integration verdeutlichen. Zum Aussagewert der sozialen Anpassung über die psychische Gesundheit s. Kap. II.

Schließlich ergeben sich aus den Fragen zu sozialen Kontakten in der Freizeit einige Anhaltspunkte darüber, wie der ehemalige Patient sein Leben gestaltet - allerdings nur in der Freizeit!
Und auch diese Anhaltspunkte sind beschränkt: so können aufgrund der Antworten keine Aussagen über Gründe, Intensität, Erlebniswert und Motivation zum Freizeitkontakt getroffen werden. Und unter den vielen Faktoren, die das Freizeitverhalten beeinflussen, ist der Gesundheitszustand nur einer. (s. dazu Schmitz-Scherzer, 1975 S. 29).
Sind unsere Probanden schon verheiratet, so kann dies einerseits auf deren größere Fähigkeit zu Kontakten mit Angehörigen des jeweils anderen Geschlechts (in staatlich geregelter Form) zurückgeführt werden. Andererseits kann eine frühzeitige Heirat ein Hinweis auf schwächer entwikkelte psychische Abwehrkräfte dieser ehemaligen Patienten sein: der 'Bund für's Leben' ist dann als Reaktion auf die, allein nur schwer zu ertragende "... Unwirtlichkeit einer Gesellschaft ..." zu verstehen, die "... in der Ehe ein 'legales Refugium der Menschlichkeit' anzubieten scheint." (Brückner, 1974 S. 57).

Zuguterletzt fragten wir noch, ob die Eltern mit der Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen zu-

frieden waren, welche Gründe zu Unzufriedenheit es gab, und wie die Eltern selbst den Einfluß der Beratung bzw. Behandlung auf ihr Kind und auf das Eltern-Kind Verhältnis beurteilen.
Dabei muß jedoch laut Ernst berücksichtigt werden, daß "... viele Kranke nicht zugeben (können), daß ihnen das ärztliche Gespräch geholfen habe." (Ernst und Mitarbeiter, 1968 S. 60 - bzgl. katamnestischer Untersuchungen Erwachsener!)

Vergleicht man unsere Methodik mit den von Stokvis zusammengestellten 10 Voraussetzungen für Katamnesen in der Psychiatrie, so konnten 'nur' die 5. Forderung - 90 % sollen nachuntersucht werden - und die 6. Forderung - persönliche Untersuchung des Patienten und Nachfrage beim Hausarzt - nicht erfüllt werden. (vgl. hierzu Stokvis, 1958 S. 38 ff.).

III.3 Die mathematisch-statistische Verarbeitung[1)]

Von jedem Merkmal wurde die Häufigkeit der jeweiligen Ausprägungen erhoben, und zwar

a) von allen ehemaligen Patienten
b) von den Patienten, über welche beantwortete Fragebögen vorliegen
c) von allen Patienten, jedoch nach Einweisungsgründen unterteilt, die folgendermaßen gruppiert sind:[2)]
   1. Schulschwierigkeiten
   2. Einnässen und/oder Einkoten
   3. Diverse andere Verhaltensauffälligkeiten (ohne 1. 2. 5.)
   4. Diverse körperliche Beschwerden
   5. Entwicklungshemmung, -störung; Autismus; kindliche Psychosen.

---

1) Zur Frage der Grenzen statistischer Erhebungen in der Psychiatrie s. Frieder Kramer Teil II der Gesamtuntersuchung.

2) Bei der Gruppierung der Einweisungsgründe richteten wir uns nach einer mündlichen Empfehlung von Prof. R. Lempp. Die Häufigkeit der einzelnen Einweisungsgründe sind Teil I der Gesamtuntersuchung zu entnehmen. (Leidinger)

Weiterhin wurden Mehrfeldertafeln angefertigt, um die Verteilung zweier Merkmalsausprägungen (Merkmale der Therapie und der weiteren Entwicklung) zueinander zu erfassen.

Da es sich bei unserem Datenmaterial zum größten Teil um Nominaldaten handelt, kann zur Berechnung der Unwahrscheinlichkeit eines zufälligen Zusammenhanges zweier Merkmale nur der χ^2-Test (bzw. der Fisher-Yates-Test) verwendet werden.
Der Kontingenzkoeffizient, welcher die Stärke eines nicht zufälligen Zusammenhanges angibt, wurde ebenfalls von einigen Merkmalsverbindungen berechnet.
Eine Faktorenanalyse scheidet aufgrund der Nominalskalierung unseres Datenmaterials aus.
Ebensowenig kann eine Cluster-Analyse, welche "Klumpenbildungen" von Merkmalen rechnerisch nachweist, Verwendung finden, da diese Methode eine Variablenanzahl von 2-10 voraussetzt (s. Späth, 1975 S. 12).

An dieser Stelle bedanken wir uns ganz besonders bei Herrn Schubring und seinen Mitarbeitern vom Rechenzentrum der Universität Tübingen, die sich mit viel Geduld darum bemühten, unser Verständnis für statistisches Denken zu fördern und uns alle gewünschten Berechnungen, verbunden mit Hinweisen auf deren jeweilige Aussagekraft, so rasch wie möglich zukommen ließen.

IV. Daten über Art und Ausmaß der Therapie

In diesem Kapitel sind die Daten zum therapeutischen Bereich tabellarisch dargestellt.

IV.1 Aufbau der Tabellen

Die Zeilen sind folgendermaßen aufgegliedert:

1. Zeile enthält die Daten aller im Jahr 1969 neuaufgenommenen Kinder

2. Zeile enthält die Daten derjenigen Kinder, von welchen die weitere Entwicklung bekannt ist (52 %)

3. - 7. Zeile enthalten die Daten der 1. Zeile, nach Einweisungsgründen in 5 Gruppen unterteilt:[1)]

   1. Gruppe: nur Schulschwierigkeiten
   2. Gruppe: Einnässen und/oder Einkoten
   3. Gruppe: andere Verhaltensauffälligkeiten (Erziehungsschwierigkeiten, Kriminalität, Diebstähle und Naschen, Aggressivität, motorische Unruhe und Konzentrationsstörung, sexuelle Auffälligkeit, Onanie, Nägelkauen, kindl. Leerlaufhandlung, Angstzustände, Zwänge, sonstige Verhaltensauffälligkeiten)
   4. Gruppe: körperliche Auffälligkeiten (Anfälle, Absencen, Kopfschmerzen, Lähmung der Gliedmaßen, Hirnnervenstörungen, sensorische Ausfälle, Bewegungs-, Haltungsstörung, Tic, Werkzeugstörungen, spez. Sprachstörungen, sonstige körperliche Auffälligkeiten)
   5. Gruppe: Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen.

---

1) Einweisungsgrund ist der von den Eltern angegebene Anlaß, welcher zur Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führte; die Symptome und/oder Probleme des Kindes bzw. der Eltern gehen häufig über die Einweisungsgründe hinaus.
Das Dokumentationssystem der Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie nennt 28 Einweisungsgründe; zur Häufigkeit der einzelnen Einweisungsgründe s. Teil I der Untersuchung (I. Leidinger).

Die Daten derjenigen Kinder, die wegen Einweisungsgründen aus mehreren dieser 5 Gruppen aufgenommen wurden, sind in den Zeilen 3. - 7. nicht berücksichtigt.[1)]
Die Spalten sind nach den Ausprägungen des jeweiligen Merkmals unterteilt. Die Größenverhältnisse der Merkmalsausprägungen innerhalb einer Zeile sind (nach der jeweiligen absoluten Häufigkeit) in Klammern angegeben (in % der Summe der Merkmalsausprägungen je Zeile).

IV.2 Tabellen mit stichwortartigem Kommentar

IV.2.1 Vorhergehende auswärtige Therapie wegen der Einweisungsgründe, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten

Wesentliches:

- Der prozentuale Anteil der vorher auswärts behandelten bzw. nicht behandelten Patienten ist bei denen, von welchen die weitere Entwicklung bekannt ist, gleich groß wie bei der Gesamtzahl der Patienten.
  (Bei den folgenden Tabellen wird dieser Punkt nur dann gesondert ausgeführt, falls die prozentuale Verteilung der Merkmale bei den Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, von der Verteilung bei der Gesamtzahl der Patienten signifikant abweicht).
- 39 % der Patienten waren vor der Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen derselben Einweisungsgründe in auswärtiger Therapie.

---

1) 403 Patienten konnten in keine dieser 5 Gruppen eingeordnet werden; z.T. wurden sie wegen Gründen aus mehreren Gruppen eingewiesen, z.T. war kein Einweisungsgrund im Ambulanzblatt vermerkt.

- In den Untergruppen sind im Durchschnitt die vorher auswärts behandelten und die nicht behandelten gleich verteilt wie bei der Gesamtzahl der Patienten. Demnach waren die 403 Patienten, die wegen mehrerer Einweisungsgründe (aus mehreren der 5 Untergruppen) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurden, ebenso häufig vorher in Behandlung wie der Durchschnitt. (Bei den folgenden Tabellen wird dieser Punkt auch nur dann gesondert ausgeführt, falls die Merkmalsverteilung in den Untergruppen im Durchschnitt von der Verteilung der Gesamtzahl der Patienten abweicht, da nur in diesem Fall die Patienten mit mehreren Einweisungsgründen eine von der Gesamtzahl abweichende Merkmalsverteilung haben.)
- Die Kinder aus den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "andere Verhaltensauffälligkeiten" kamen häufiger ohne vorherige auswärtige Therapie direkt in die Kinder- und Jugendpsychiatrie als der Durchschnitt der Patienten.
- Die Kinder aus den Gruppen "Einnässen und/oder Einkoten" und "körperliche Auffälligkeiten" waren häufiger vorher in auswärtiger Behandlung, die bei diesen Kindern auch häufiger in einer medikamentösen Therapie bestand als im Durchschnitt.
- Die Kinder aus der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" waren fast doppelt so häufig vorher in einer sonstigen auswärtigen Behandlung als der Durchschnitt der Patienten.
- Die Kinder aus der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" waren doppelt so häufig vorher in einer auswärtigen mehrmaligen Beratung als der Durchschnitt der Patienten.

IV.2.1 Vorhergehende auswärtige Therapie wegen der Einweisungsgründe, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten

	nicht behandelt	medikamentös	mehrmalige Beratung	Kleine Psychotherapie	Große Psychotherapie u./o. Verhaltenstherapie	Heilpädagogik u./o. Logopädie	Kombination	Sonstige	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	719(61%)	152(13%)	71(6%)	4(-)	1(-)	18(2%)	29(3%)	180(15%)	194
Entwicklung bekannt	379(61%)	83(13%)	38(6%)	1(-)	1(-)	9(2%)	18(4%)	97(14%)	85
Nur Schulschwierigkeiten	137(86%)	3(2%)	10(6%)	-	-	1(-)	-	8(6%)	10
Einnässen und/ oder Einkoten	32(44%)	22(31%)	3(4%)	-	-	-	10(14%)	5(7%)	18
Andere Verhaltensauffälligkeiten	150(78%)	14(7%)	16(8%)	1(-)	-	-	2(1%)	11(6%)	37
Körperliche Auffälligkeiten	148(44%)	72(21%)	9(3%)	-	-	8(2%)	6(2%)	98(28%)	39
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	50(60%)	8(10%)	10(12%)	-	-	2(2%)	1(1%)	12(15%)	12

IV.2.2 Durchführung einer Therapie oder Beratung bei der Aufnahme 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wesentliches:

- In die Gesamtzahl von 83 Kindern und Jugendlichen gehen 58 Patienten mit ein, die nur zum Gutachten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren (entspricht 70 % aller Patienten, bei denen keine Behandlung durchgeführt wurde).

- Von 37 % der Patienten, bei denen keine Therapie stattfand, ist uns die weitere Entwicklung bekannt, wohingegen sie von 53 % der behandelten Patienten bekannt ist.

- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" ist der Prozentsatz der Patienten, bei denen keine Therapie durchgeführt wurde, fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt. Der Grund hierfür ist wahrscheinlich, daß ein Großteil der Patienten, die zum Gerichtsgutachten kamen, in diese Gruppe eingeordnet ist.

- In die Gruppe "körperliche Auffälligkeiten", bei der doppelt so häufig keine Behandlung durchgeführt wurde wie im Durchschnitt, gehen sicherlich auch die konsiliarisch und ambulant untersuchten Patienten, bei denen ein Zustand nach Commotio diagnostiziert wurde, mit ein.

IV.2.2 Durchführung einer Therapie oder Beratung bei der Aufnahme 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	83 (6 %)	1268 (94 %)	17
Entwicklung bekannt	31 (4 %)	675 (96 %)	5
Nur Schulschwierigkeiten	4 (2 %)	165 (98 %)	-
Einnässen und/oder Einkoten	1 (1 %)	89 (99 %)	-
Andere Verhaltensauffälligkeiten	25 (11 %)	206 (89 %)	-
Körperliche Auffälligkeiten	44 (12 %)	334 (88 %)	2
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, Kindliche Psychosen	3 (3 %)	92 (97 %)	-

IV.2.3 Aufnahmemodus

Wesentliches:

- Von allen Patienten, die 1969 erstmalig in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen kamen, wurden 73 % nur ambulant, 15 % nur stationär und 11 % sowohl ambulant als auch stationär aufgenommen.

- Die Patienten aus den Untergruppen wurden insgesamt häufiger nur ambulant aufgenommen als der Durchschnitt der Patienten (77 % nur ambulant, 14 % nur stationär, 9 % ambulant und stationär). Demnach wurden die Patienten, die wegen mehreren Gründen (aus mehreren der 5 Untergruppen) kamen, insgesamt häufiger nur stationär bzw. ambulant und stationär aufgenommen.

- Die Kinder aus der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurden nahezu ausschließlich ambulant aufgenommen.

- Die Kinder aus der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurden seltener nur ambulant und häufiger nur stationär als der Durchschnitt der Patienten aufgenommen.

IV.2.3 Aufnahmemodus

	nur ambulant	nur stationär	ambulant und stationär	konsiliarisch+	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	976(73%)	205(15%)	145(11%)	9(1%)	33
Entwicklung bekannt	518(74%)	102(14%)	75(11%)	7(1%)	9
Nur Schulschwierigkeiten	164(98%)	2(1%)	2(1%)	-	1
Einnässen und/ oder Einkoten	49(55%)	29(32%)	12(13%)	-	-
Andere Verhaltensauffälligkeiten	168(76%)	34(16%)	18(8%)	-	11
Körperliche Auffälligkeiten	267(73%)	52(14%)	46(13%)	-	15
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	40(74%)	13(14%)	11(12%)	-	1

+ Aufgrund der geringen Anzahl wurde dieses Merkmal in den Untergruppen nicht untersucht.

IV.2.4 Anzahl der ambulanten Beratungen von 1969 - 1976 insgesamt

Wesentliches zu Tabelle A:

- Von der Gesamtzahl der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant beratenen Eltern und Kinder kamen in den Jahren 1969 - 1976 insgesamt 65 % der Patienten zu einer, 23 % zu zwei, 8 % zu drei bis fünf und 4 % zu mehr als fünf ambulanten Beratungen.

- Bei 57 % der Patienten mit zwei, bei 67 % der Patienten mit sechs bis zwanzig sowie bei 75 % der Patienten mit mehr als 20 ambulanten Beratungen ist uns die weitere Entwicklung bekannt. Insgesamt liegt die Rücklaufquote bei den ambulant beratenen Patienten mit 54 % geringfügig höher als im Durchschnitt aller Patienten (52 %).

- In den Untergruppen sind die Patienten im Durchschnitt bei allen Merkmalsausprägungen (1 Beratung, 2 Beratungen usw.) gleich verteilt wie bei der Gesamtzahl der Patienten. Somit weisen Patienten mit mehreren Einweisungsgründen die gleiche Beratungsfrequenz wie der Gesamtdurchschnitt auf.

- Kinder der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" waren häufiger nur einmal und seltener mehrmals in ambulanter Beratung als der Durchschnitt der Patienten.

- Kinder der Gruppen "andere Verhaltensauffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" waren häufiger nur einmal in ambulanter Beratung als der Durchschnitt der Patienten.

- Kinder der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" waren seltener nur einmal, gleichoft zweimal und häufiger mehr als zweimal in ambulanter Beratung als der Durchschnitt der Patienten.

IV.2.4 Tabelle A

Anzahl der ambulanten Beratungen von 1969-1976 insgesamt+

	1. Ber.	2. Ber.	3.-5. Ber.	6.-20. Ber.	20 Ber.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	701(65%)	253(23%)	92(8%)	40(4%)	4(-)	278
Entwicklung bekannt	367(62%)	165(25%)	48(8%)	27(5%)	3(-)	121
Nur Schulschwierigkeiten	110(67%)	38(23%)	14(9%)	1(1%)	-	6
Einnässen und/ oder Einkoten	47(77%)	11(18%)	2(3%)	1(2%)	-	29
Andere Verhaltensauffälligkeiten	124(70%)	40(23%)	9(5%)	4(2%)	-	54
Körperliche Auffälligkeiten	177(60%)	68(23%)	28(10%)	18(6%)	3(1%)	86
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	56(70%)	15(19%)	5(6%)	4(5%)	-	15

+ Hier sind auch die ambulanten Beratungen miteingeschlossen, die nach Abschluß einer ersten Behandlungsperiode bei Wiederaufnahme der Behandlung durchgeführt wurden.

Wesentliches zu Tabelle B:

- Im 1. Behandlungsjahr waren 79 % aller Patienten, die 1969 erstmals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurden, ein oder mehrmals in ambulanter Beratung. Die Anzahl der Patienten, die weiterhin zur ambulanten Beratung kamen, reduzierte sich im 2. Behandlungsjahr auf 11 %, im 3. auf 4,5 %. Vom 4. Behandlungsjahr bis zum 8. sank die Anzahl der sich noch oder wieder in ambulanter Behandlung befindenden Patienten von 3,7 % auf 1,5 %.

- Mit der Zunahme der Behandlungsjahre steigt auch die Anzahl der Beratungen pro Jahr. Während sich in den ersten 3 Behandlungsjahren im Durchschnitt 24 % der Patienten mehr als einmal pro Jahr ambulant vorstellten, steigt diese Zahl auf 42 % nach 4 - 8 Behandlungsjahren.

- Die Rücklaufquote steigt auch mit der Zahl der Behandlungsjahre; sie beträgt bei den in den Jahren 1969 - 1971 ambulant behandelten Patienten durchschnittlich 55 %, bei denen aus den Jahren 1972 - 1976 durchschnittlich 75 %.

IV.2.4 Tabelle B

Anzahl der ambulanten Beratungen im jeweiligen Behandlungsjahr

(Unter der Gesamtzahl bzw. unter Entwicklung bekannt ist jeweils die absolute Zahl der Patienten angeführt, die im jeweiligen Behandlungsjahr in ambulanter Beratung war; in Klammern dahinter sind diese Zahlen in Prozent ausgedrückt bezogen auf die Gesamtheit aller Patienten (1368) bzw. bezogen auf alle Patienten, deren Entwicklung bekannt ist (711))

		1 Ber.	2 Ber.	3-5 Ber.	5 Ber.
1. Behandlungsjahr[1] (1969)	Gesamtzahl 1077 (79%)	826(77%)	203(19%)	45(4%)	3(-)
	Entwicklung bekannt 583 (82%)	440(76%)	119(20%	23(4%)	1(-)
2. Behandlungsjahr (1970)	Gesamtzahl 147 (11%)	106(73%)	24(16%)	15(10%)	2(1%)
	Entwicklung bekannt 86 (12%)	62(72%)	12(14%)	10(12%)	2(2%)
3. Behandlungsjahr (1971)	Gesamtzahl 62 (4,5%)	44(71%)	11(18%)	5(8%)	2(3%)
	Entwicklung bekannt 42 (6%)	30(71%)	7(17%)	3(7%)	2(5%)

1) Das Behandlungsjahr ist nach dem Erstaufnahmetermin berechnet, so daß bei einem Patienten, der erstmals am 2.12.69 kam und sich am 1.12.70 wieder vorstellte, 2 Ber. im 1. Behandlungsj. notiert sind.

IV.2.4 Tabelle B Fortsetzung

Anzahl der ambulanten Beratungen im jeweiligen Behandlungsjahr

		1. Ber.	2. Ber.	3.-5. Ber.	5 Ber.
4. Behandlungsjahr (1972)	Gesamtzahl 50 (3,7%)	30(60%)	12(24%)	6(12%)	2(4%)
	Entwicklung bekannt 40 (5,6%)	25(63%)	10(25%)	3(7%)	2(5%)
5. Behandlungsjahr (1973)	Gesamtzahl 32 (2,3%)	18(56%)	7(22%)	7(22%)	-
	Entwicklung bekannt 23 (3,2%)	14(60%)	5(22%)	4(18%)	-
6. Behandlungsjahr (1974)	Gesamtzahl 27 (2%)	17(63%)	5(18%)	4(15%)	1(4%)
	Entwicklung bekannt 21 (3%)	13(62%)	4(19%)	3(14%)	1(5%)
7. Behandlungsjahr (1975)	Gesamtzahl 21 (1,5%)	10(48%)	4(19%)	6(28%)	1(5%)
	Entwicklung bekannt 16 (2%)	9(56%)	3(19%)	3(19%)	1(6%)
8. Behandlungsjahr (1976)	Gesamtzahl 20 (1,5%)	12(60%)	2(10%)	5(25%)	1(5%)
	Entwicklung bekannt 13 (1,4%)	9(69%)	1(8%)	3(23%)	-

Mittels postalischer Befragung versuchten wir zu kontrollieren, in wieweit sich die Eltern noch an eine mehrmalige Beratung im Jahre 1969 erinnern.

Die Frage lautete:

"Wurde 1969 in der Jugendpsychiatrie eine mehrmalige Beratung oder Behandlung durchgeführt?

Es antworteten:

Tabelle C

	Nein	Ja	Ich weiß es nicht mehr	nicht
Entwicklung bekannt	456 (66 %)	182 (26 %)	58 (8 %)	

Wesentliches:

- 26 % der Eltern gaben an, daß im Jahre 1969 eine mehrmalige Beratung oder Behandlung durchgeführt wurde. Im Vergleich mit den Daten der Patienten, bei denen laut Krankenblatt 1969 eine mehrmalige Beratung durchgeführt wurde (23 %), liegt dieser Prozentsatz sogar etwas höher. Der Grund hierfür könnte sein, daß ein Teil der Eltern, die auch 1970 und 1971 ein- oder mehrmals zur Beratung kamen und ein Teil der Eltern, deren Kinder stationär behandelt wurden, mit ja geantwortet haben.

IV.2.5 Spezielle nicht medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wesentliches zu Tabelle A:

- Bei 8 % aller ambulant und/oder stationär behandelten Patienten wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine spezielle nicht medikamentöse Therapie durchgeführt.
- Patienten der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" erhielten wesentlich häufiger eine spezielle nicht medikamentöse Therapie als der Durchschnitt der Patienten. Der Grund hierfür ist darin zu sehen, daß bei einem hohen Prozentsatz dieser Patienten, insbesondere auch der stationär aufgenommenen, eine Verhaltenstherapie durchgeführt wurde, die auch mit einer gesprächstherapeutischen Beratung der Eltern verbunden wurde.
- Patienten der übrigen vier Gruppen erhielten seltener eine spezielle nicht medikamentöse Therapie als der Durchschnitt der Patienten.

Tabelle A

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	1192 (91 %)	101 (8 %)	75
Entwicklung bekannt	626 (91 %)	59 (9 %)	26
Nur Schulschwierigkeiten	163 (98 %)	3 (2 %)	3
Einnässen und/oder Einkoten	52 (59 %)	36 (41 %)	2
Andere Verhaltensauffälligkeiten	208 (96 %)	8 (4 %)	15
Körperliche Auffälligkeiten	325 (95 %)	17 (5 %)	38
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	90 (98 %)	2 (2 %)	3

Wesentliches zu Tabelle B:

- Von allen Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine spezielle nicht medikamentöse Therapie erhielten, wurden 46 % verhaltenstherapeutisch behandelt, 23 % erhielten eine kleine Psychotherapie, 13 % wurden logopädisch behandelt und bei 9 % wurde eine physikalische Therapie durchgeführt.

Wesentliches zu den Tabellen C, D, E:

- Bei 97 % der Patienten wurde die spezielle nicht medikamentöse Therapie regelmäßig durchgeführt.
- Die spezielle nicht medikamentöse Therapie dauerte im Durchschnitt 3,2 Monate.
- 14 % der Patienten brachen die spezielle medikamentöse Therapie vorzeitig ab.
- Da bei mehr als 50 % dieser Patienten die Merkmale Regelmäßigkeit, Dauer und vorzeitiger Abbruch unbekannt sind, dürfen diese Daten nicht überbewertet werden.

IV.2.5 Tabelle B

Art der speziellen nicht medikamentösen Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen

	Kleine Psycho-therapie	Große Psycho-therapie	Heil-pädagogik	Verhaltens-therapie	Logopädie	Physikalische Therapie	Sonstige nicht medik. Therapie
Gesamtzahl[1] (101 P.)	23(23%)	1(1%)	5(5%)	46(46%)	13(13%)	9(9%)	9(9%)
Entwicklung bekannt	10(17%)	1(2%)	4(7%)	26(44%)	11(19%)	8(14%)	3(5%)

1) Da von der Gesamtzahl 5 % und von den Patienten mit bekannter Entwicklung 7 % eine Kombination von zwei nicht medikamentösen Therapieformen erhielten, beträgt die Summe mehr als 100 %.

IV.2.5 Tabelle C

Regelmäßigkeit der speziellen nicht medikamentösen Therapie

	regelmäßig	nicht regelmäßig	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (101 P.)	34(97%)	1(3%)	66
Entwicklung bekannt (59 P.)	21(95%)	1(5%)	37

IV.2.5 Tabelle D

Dauer der speziellen nicht medikamentösen Therapie in Monaten

	bis zu 1 M.	bis zu 2 M.	3 - 4 M.	5 - 7 M.	60 M.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (101 P.)	24(52%)	16(34%)	2(4%)	3(6%)	1(2%)	54
Entwicklung bekannt (59 P.)	13(46%)	10(35%)	2(7%)	1(4%)	1(4%)	31

IV.2.5 Tabelle E

Vorzeitiger Abbruch der speziellen nicht medikamentösen Therapie

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (101 P.)	37(86%)	6(14%)	58
Entwicklung bekannt (59 P.)	22(85%)	4(15%)	33

IV.2.6 Schulberatung

Wesentliches:

- Bei 44 % (!) aller Patienten, die 1969 erstmals ambulant und/oder stationär aufgenommen wurden, war im Krankenblatt ausdrücklich vermerkt, daß eine Beratung in Bezug auf Schulprobleme stattfand.
- In den fünf Untergruppen wurde bei durchschnittlich nur 40 % der Patienten eine Schulberatung durchgeführt. Demnach fand bei den Patienten mit mehreren Einweisungsgründen etwas häufiger als im Durchschnitt eine Schulberatung statt.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde bei 30 % der Patienten von einem Wechsel des Schultyps abgeraten und/oder empfohlen die Klasse zu wiederholen, bei 20 % der Patienten wurde zu einem Wechsel in einen niederen Schultyp, bei 17 % der Patienten zu einer zusätzlichen schulischen Betreuung (z.B. Nachhilfeunterricht) geraten. Bei 28 % der Kinder aus der Gruppe "Schulschwierigkeiten" fand eine sonstige Schulberatung statt.
- In den Gruppen "Einnässen und/oder Einkoten", "andere Verhaltensauffälligkeiten" und "körperliche Auffälligkeiten" wurde weniger häufig als im Durchschnitt eine Schulberatung durchgeführt.
- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" fand häufiger eine Schulberatung statt als im Durchschnitt, wobei den Eltern bei 17 % der Patienten zur Anmeldung im Sonderkindergarten sowie bei 15 % der Patienten zu einem Wechsel in einen niederen Schultyp geraten wurde. Bei 20 % der Patienten dieser Gruppe wurde eine sonstige Schulberatung durchgeführt.

IV.2.6 Schulberatung

	keine	Zuraten zur Anmeldung im Sonderkindergarten	Zuraten zur Einschulung	Abraten von der Einschulung	Beratung des Lehrers u. Belassen i. ders. Klasse - Abraten vom Wechsel d. Schultyps	Empfehlung, die Klasse zu wiederholen	Zuraten zum Wechsel in höheren Schultyp	Zuraten zum Wechsel in niederen Schultyp	Zuraten zu zusätzlicher schulischer Betreuung	Sonstige Schulberatung	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	730(56%)	31(3%)	22(2%)	29(2%)	79(6%)	51(4%)	15(1%)	109(8%)	61(5%)	168(13%)	73
Entwicklung bekannt	379(55%)	15(2%)	12(2%)	19(3%)	44(6%)	35(5%)	8(1%)	60(9%)	36(5%)	78(11%)	25
Nur Schulschwierigkeiten	-	-	4(2%)	2(1%)	28(17%)	21(13%)	3(2%)	33(20%)	29(17%)	47(28%)	2
Einnässen und/ oder Einkoten	73(83%)	-	1(1%)	-	3(3%)	1(1%)	1(1%)	6(7%)	1(1%)	3(3%)	1
Andere Verhaltensauffälligkeiten	162(74%)	-	4(2%)	3(1%)	8(4%)	3(1%)	2(1%)	6(3%)	4(2%)	25(12%)	14
Körperliche Auffälligkeiten	276(81%)	2(-%)	9(3%)	6(2%)	7(2%)	2(-%)	-	13(4%)	-	27(8%)	38
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	37(40%)	16(17%)	-	5(5%)	2(2%)	-	-	14(15%)	1(1%)	18(20%)	2

IV.2.7 Medikamentöse Therapie[1)]

Wesentliches zu Tabelle A:

- Bei 23 % aller Patienten wurde eine medikamentöse Therapie durchgeführt.

- In den Untergruppen wurde durchschnittlich ebenso häufig eine medikamentöse Therapie durchgeführt wie bei der Gesamtzahl der Patienten. Demnach wurden die Patienten mit mehreren Einweisungsgründen gleich häufig wie der Durchschnitt der Patienten medikamentös behandelt.

- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde sehr viel seltener bzw. seltener eine medikamentöse Therapie durchgeführt als im Durchschnitt.

- Kinder aus den Gruppen "Einnässen und/oder Einkoten" und "körperliche Auffälligkeiten" wurden sehr viel häufiger bzw. häufiger als im Durchschnitt medikamentös behandelt.

---

1) Hier sind alle Patienten zusammengefaßt, bei denen je eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde, unabhängig ob als einzige oder vorübergehende oder zusätzliche Therapie.

IV.2.7 Tabelle A

Medikamentöse Therapie

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	999 (77 %)	302 (23 %)	67
Entwicklung bekannt	523 (76 %)	166 (24 %)	22
Nur Schulschwierigkeiten	163 (98 %)	3 (2 %)	3
Einnässen und/ oder Einkoten	32 (36 %)	58 (64 %)	-
Andere Verhaltensauffälligkeiten	189 (87 %)	29 (13 %)	13
Körperliche Auffälligkeiten	235 (69 %)	108 (31 %)	37
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	74 (80 %)	19 (20 %)	2

Wesentliches zu Tabelle B:

- Der hohe Anteil an Thymoleptika unter den angewandten Medikamenten erklärt sich aus der Tatsache, daß das bei Enuresis häufig eingesetzte Imipramin (Tofranil) pharmakologisch in die Gruppe der trizyklischen Antidepressiva gehört.

Wesentliches zu Tabelle C:

- 32 % aller Patienten, bei denen wir die Dauer der medikamentösen Therapie kennen, wurden länger als ein Jahr medikamentös behandelt.
- Da jedoch in den meisten Krankenblättern nicht vermerkt ist, wie lange die medikamentöse Therapie weitergeführt wurde, dürfen diese Daten nicht überinterpretiert werden.

IV.2.7 Tabelle B

Art der medikamentösen Therapie

	Tranqnilizer	Neuroleptica	Thymoleptika	Sonstige Psycho-pharmaka	Epilepsie Medikation	Sonstige Medikamente
Gesamtzahl[1] (302 P.)	47(15%)	26(9%)	65(21%)	5(2%)	124(41%)	75(25%)
Entwicklung[1] bekannt (166 P.)	22(13%)	12(7%)	41(25%)	5(3%)	73(44%)	33(20%)

1) Da von der Gesamtzahl 13 % und von den Patienten mit bekannter Entwicklung 12 % eine Kombination von Medikamenten erhielten, beträgt die Summe mehr als 100 %.

IV.2.7 Tabelle C

Dauer der medikamentösen Therapie in Jahren

	1	2	3	4	5	6	7	8 u. mehr	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (302 P.)	49(68%)	11(16%)	1(1%)	3(4%)	4(6%)	1(1%)	2(3%)	1(1%)	230
Entwicklung bekannt (166 P.)	29(58%)	9(18%)	1(2%)	3(6%)	4(8%)	1(2%)	2(4%)	1(2%)	116

IV.2.8 Dauer der 1. Behandlungsperiode[1)]

Wesentliches:

- Bei 40 % der Patienten, die mehr als einmal zur ambulanten Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren, bzw. stationär oder ambulant und stationär aufgenommen wurden, dauerte die erste Behandlungsperiode länger als zwei Monate.
- Die Rücklaufquote (Entwicklungsbekannt/Gesamtzahl) ist bei den Patienten, die 7-12, 13-36 und mehr als 36 Monate in Behandlung waren, mit 58 %, 53 % und 87 % höher als bei den Patienten, die bis zu 6 Monaten in Behandlung waren (50 %). Im Durchschnitt entspricht die Rücklaufquote der in dem Merkmal Dauer der 1. Behandlungsperiode definierten Patienten mit 52 % der allgemeinen Rücklaufquote.
- In den Untergruppen sind insgesamt die Patienten mit einer Behandlungsdauer bis zu einem Monat etwas häufiger (43 %), die Patienten mit einer Dauer bis zu zwei Monaten etwas seltener (17 %) vertreten als im Durchschnitt. Somit waren die Patienten, die aus mehreren Gründen (aus mehreren der 5 Untergruppen) eingewiesen wurden, seltener bis zu einem Monat und häufiger bis zu zwei Monaten in Behandlung als der Durchschnitt der Patienten. In den übrigen Merkmalsausprägungen stimmt die prozentuale Verteilung der Untergruppen mit der der Gesamtzahl der Patienten überein.
- Patienten der Gruppen "Schulschwierigkeiten", "Einnässen und/oder Einkoten" und "andere Verhaltensauffälligkeiten" waren häufiger unter drei Monaten in Behandlung als der Durchschnitt der Patienten.
- Patienten der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" waren seltener unter drei Monaten, aber besonders häufig länger als ein bzw. drei Jahre in Behandlung.

---

1) Zur Definition s. Kap. III.1.1

- Bei 54 % der Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen", die mehr als einmal zur ambulanten Beratung waren, dauerte diese Behandlung 3 Monate bis 3 Jahre.

IV.2.8 Dauer der 1. Behandlungsperiode in Monaten

	1 M.	2 M.	3-6 M.	7-12 M.	13-36 M.	mehr als 36 M.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	250(40%)	125(20%)	139(21%)	43(7%)	49(8%)	24(4%)	738+
Entwicklung bekannt	127(39%)	64(19%)	66(20%)	25(8%)	26(8%)	21(6%)	382+
Nur Schulschwierigkeiten	19(36%)	16(30%)	10(19%)	3(6%)	5(9%)	-	116+
Einnässen und/ oder Einkoten	24(46%)	12(23%)	11(21%)	4(8%)	1(2%)	-	38+
Andere Verhaltensauffälligkeiten	47(52%)	17(19%)	18(20%)	5(6%)	2(2%)	1(1%)	141+
Körperliche Auffälligkeiten	73(41%)	24(13%)	32(18%)	12(7%)	19(11%)	18(10%)	202+
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	16(39%)	2(5%)	11(27%)	6(15%)	5(12%)	1(2%)	54+

+ Unter diese Kategorie fallen auch alle Patienten, die nur zu einer einmaligen Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen waren.

IV.2.9 Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte während der 1. Behandlungsperiode

Wesentliches zu Tabelle A:

- 9 % der stationär behandelten Patienten wurde mehr als einmal stationär aufgenommen.
- Die Patienten der Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Einnässen und/oder Einkoten" hatten alle nur einen stationären Aufenthalt.
- Die Patienten der Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurden häufiger mehrmals stationär aufgenommen als der Durchschnitt der Patienten.

Wesentliches zu Tabelle B:

- Die durchschnittliche Dauer der stationären Aufenthalte in der 1. Behandlungsperiode betrug 4,0 Wochen (bei den Patienten mit bekannter Entwicklung 4,1 Wochen) unter Ausschluß der 3 Patienten mit besonders langem stationärem Aufenthalt (18, 43, 46 Wochen). Unter Einschluß der letztgenannten Patienten betrug die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer 4,3 Wochen (bei den Patienten mit bekannter Entwicklung 4,4 Wochen).
- Aufgrund der geringen Anzahl der verschiedenen Merkmalsausprägungen wurde die Dauer der stationären Aufenthalte in den Untergruppen nicht untersucht.

IV.2.9 Tabelle A

Anzahl der stationären Aufenthalte während der 1. Behandlungsperiode

	1	2	3	4	5	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (350 P.)	317 (91%)	23 (7%)	5 (1%)	-	2 (1%)	13
Entwicklung bekannt (117 P.)	161 (91%)	10 (6%)	3 (2%)	-	2 (1%)	1

		2 - 5 zusammengefaßt
Nur Schulschwierigkeiten	4 (100%)	-
Einnässen u./o. Einkoten	41 (100%)	-
Andere Verhaltensauffälligkeiten	48 (94%)	3 (6%)
Körperliche Auffälligkeiten	84 (87%)	13 (13%)
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	20 (83%)	4 (17%

IV.2.9 Tabelle B

Dauer der stationären Aufenthalte in der 1. Behandlungsperiode insgesamt in Wochen+

	1	2	3	4	5	6	7	8	9/10	11/12	18	43	46	Auspr. unbek.
Gesamtzahl (350 P.)	26 (8%)	66 (19%)	73 (21%)	67 (20%)	37 (11%)	39 (11%)	14 (4%)	8 (2%)	5 (1%)	8 (2%)	1 (-)	1 (-)	1 (-)	4
Entwicklung bekannt (177)	10 (6%)	36 (20%)	37 (21%)	31 (17%)	21 (12%)	19 (11%)	7 (4%)	4 (2%)	3 (2%)	5 (3%)	1 (1%)	1 (1%)		2

+ Miterfaßt sind in dieser Tabelle auch die Patienten mit mehr als einem stationären Aufenthalt.

IV.2.10 Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Beratung bzw. Therapie

Tabelle A

	nein	ja[+]	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	944 (72 %)	374 (28 %)	50
Entwicklung bekannt	501 (72 %)	194 (28 %)	16
Nur Schulschwierigkeiten	150 (91 %)	15 (9 %)	4
Einnässen und/ oder Einkoten	69 (78 %)	20 (22 %)	1
Andere Verhaltensauffälligkeiten	171 (77 %)	50 (23 %)	10
Körperliche Auffälligkeiten	242 (68 %)	113 (32 %)	25
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	57 (63 %)	36 (37 %)	2

[+] Hierunter fallen auch die Patienten, bei denen eine Heimunterbringung vermittelt oder vorgeschlagen wurde. (Im Durchschnitt bei 4 % aller Patienten)

Wesentliches zu Tabelle A:

- Bei 28 % aller Patienten wurde eine auswärtige Beratung bzw. Therapie vermittelt oder empfohlen.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde viel seltener, in den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurde häufiger eine auswärtige Beratung bzw. Therapie vermittelt oder vorgeschlagen.

Mittels postalischer Befragung der Eltern über die Behandlung im Jahre 1969 versuchten wir retrospektiv unser den Krankenblättern entnommenes Material über die Therapie zu vervollständigen und zu kontrollieren, inwieweit sich die Eltern noch an die Vermittlung bzw. den Vorschlag einer auswärtigen Behandlung erinnern und inwieweit eine derartige Behandlung auch durchgeführt wurde.

Die erste Frage hierzu lautete:

"Wurde 1969 von der Jugendpsychiatrie eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen?"

Es antworteten:

Tabelle B

	nein	ja	weiß nicht mehr	keine Beantwortung
Entwicklung bekannt	500 (73 %)	148 (21 %)	39 (6 %)	24
Nur Schulschwierigkeiten	79 (82 %)	14 (14 %)	4 (4 %)	
Einnässen und/oder Einkoten	36 (67 %)	12 (22 %)	6 (11 %)	
Andere Verhaltensauffälligkeiten	73 (70 %)	23 (22 %)	9 (8 %)	
Körperliche Auffälligkeiten	144 (71 %)	50 (25 %)	8 (4 %)	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	31 (79 %)	7 (18 %)	1 (3 %)	

Wesentliches zu Tabelle B:

- 21 % aller Eltern, von deren Kindern wir die weitere Entwicklung kennen, geben an, daß ihnen 1969 eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen wurde. Diese Angaben stimmen mit dem den Krankenblättern entnommenen Wert von 28 % annähernd überein, wenn man berücksichtigt, daß bei diesen 28 % die Patienten, denen nach 1969 eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen wurde, mitgezählt sind.
- Beim Vergleich der Tabellen A und B fällt auf: Bei 37 % der Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen wurde von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen eine auswärtige Behandlung vorgeschlagen, aber nur 18 % der Eltern bejahen die entsprechende Frage zum Erhebungszeitpunkt. Hier liegt die Vermutung nahe, daß die empfohlene Behandlung nicht durchgeführt wurde.

Die zweite Frage hierzu lautete:

"Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, wo wurde diese Behandlung durchgeführt?"

Die Beantwortung dieser Frage siehe Tabelle C.

Wesentliches zu Tabelle C:

- Von den Patienten, denen 1969 eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen wurde, wurden 53 % der Kinder beim Hausarzt, Kinder-, Nerven- oder sonstigem Facharzt, 25 % der Kinder bei einem Psychologen oder in einer Erziehungsberatungsstelle und 15 % der Kinder bei einem Logopäden weiterbehandelt.
- Die Verteilung in den Untergruppen darf aufgrund der geringen absoluten Zahlen nicht überbewertet werden.

IV.2.10 Tabelle C

Falls 1969 von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen wurde, wo wurde diese Behandlung durchgeführt?

	Beim Hausarzt	Beim Facharzt (Kinder-, Nerven-, sonst. Facharzt	Beim Psychologen	In Erziehungsberatungsstelle	In nicht psychiatrisch-neurolog. Klinik	Beim Logopäden	Ausprägung unbekannt
Entwicklung bekannt (148 P.)	27(20%)	46(33%)	18(13%)	16(12%)	10 (7%)	21(15%)	10
Nur Schulschwierigkeiten	3(20%)	4(27%)	2(13%)	4(27%)	-	2(13%)	
Einnässen und/oder Einkoten	2(17%)	5(42%)	1(8%)	1(8%)	3(25%)	-	
Andere Verhaltensauffälligkeiten	6(32%)	7(37%)	3(16%)	2(11%)	1(4%)	-	
Körperliche Auffälligkeiten	8(17%)	18(38%)	6(13%)	1(2%)	3(6%)	11(24%)	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	-	3(50%)	1(17%)	-	1(17%)	1(17%)	

Die dritte Frage hierzu lautete:

"Wie lange dauerte diese Behandlung ungefähr?"

Die Beantwortung dieser Frage siehe Tabelle D.

Wesentliches zu Tabelle D:

- Bei 62 % der Patienten, denen 1969 eine auswärtige Behandlung vermittelt oder empfohlen wurde, dauerte diese bis zu einem Jahr, bei 30 % der Patienten zwischen einem und acht Jahren; 8 % der Patienten waren zum Erhebungszeitpunkt noch in der 1969 vermittelten oder empfohlenen Behandlung.

Tabelle D

Wie lange dauerte diese von der Jugendpsychiatrie vermittelte oder empfohlene auswärtige Behandlung in Monaten?

	1 M.	2-6 M.	6-12 M.	bis 2 J.	3 J.	4 J.
Entwicklung bekannt (148 P.)	11 (10%)	28 (26%)	28 (26%)	9 (8%)	8 (7%)	6 (6%)

	5 J.	6-8 J.	Patient ist noch in Behandlung	Ausprägung unbekannt
Entwicklung bekannt (148 P.)	4 (4%)	5 (5%)	9 (8%)	40

IV.2.11 Wiederaufnahme[1] der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode

Wesentliches:

- Bei 10 % aller Patienten kam es zu einer Wiederaufnahme der Behandlung nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode.
- Die Rücklaufquote (Entwicklung bekannt/Gesamtzahl) ist bei den Kindern, bei denen die Behandlung wiederaufgenommen wurde, etwas höher als im Durchschnitt (62 %).
- Da in den 5 Untergruppen die Behandlung im Durchschnitt nur bei 8 % der Patienten wieder aufgenommen wurde, kam es bei den Patienten mit mehreren Einweisungsgründen überdurchschnittlich häufig zur Wiederaufnahme.
- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "körperliche Auffälligkeiten" kam es seltener, in der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen häufiger zu einer Wiederaufnahme der Behandlung als im Durchschnitt.

---

1) Zur Definition s. Kap. III.1.1

Tabelle A

Wiederaufnahme der Behandlung in Tübingen
nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl	1194 (90 %)	131 (10 %)	43
Entwicklung bekannt	617 (88 %)	81 (12 %)	13
Nur Schulschwierigkeiten	155 (94 %)	10 (6 %)	4
Einnässen und/ oder Einkoten	82 (91 %)	8 (9 %)	-
Andere Verhaltensauffälligkeiten	204 (91 %)	21 (9 %)	6
Körperliche Auffälligkeiten	336 (94 %)	23 (6 %)	21
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	79 (85 %)	14 (15 %)	2

Tabelle B

Symptomfreies Intervall vor Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

	nein	ja	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (131 P.)	99 (85 %)	17 (15 %)	15
Entwicklung bekannt (81 P.)	61 (85 %)	11 (15 %)	9

Wesentliches:

- 15 % aller Kinder hatten zwischen Abschluß der 1. Behandlungsperiode und Wiederaufnahme der Behandlung ein symptomfreies Intervall.

Tabelle C

Dauer des symptomfreien Intervalls in Monaten

	6-12M.	13-24M.	25-36M.	37-48M.	mehr als 48M.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (17 P.)	1 (8%)	2 (17%)	1 (8%)	4 (33%)	4 (33%)	5
Entwicklung bekannt (11 P.)	-	1 (14%)	1 (14%)	2 (29%)	3 (43%)	4

Wesentliches:

- Bei 66 % der Patienten, die vor Wiederaufnahme der Behandlung ein symptomfreies Intervall zeigten, dauerte dieses länger als 36 Monate.
  Aufgrund der kleinen absoluten Zahlen dürfen diese Daten nicht überinterpretiert werden.

Tabelle D

Zeitraum zwischen Abschluß der 1. Behandlungsperiode und Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

	bis zu 1J.	2J.	3J.	4J.	5J.	6J.	7J.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (131 P.)	17 (13%)	41 (33%)	23 (18%)	24 (19%)	12 (10%)	5 (4%)	4 (3%)	5
Entwicklung bekannt (81 P.	11 (14%)	23 (30%)	15 (20%)	17 (22%)	5 (6%)	2 (3%)	4 (5%)	4

Wesentliches:

- Bei 13 % der Patienten betrug der Zeitraum zwischen Abschluß der 1. Behandlungsperiode und Wiederaufnahme der Behandlung weniger als ein Jahr, bei 70 % der Patienten betrug dieser Zeitraum zwischen einem und vier Jahren, bei 17 % der Patienten betrug er zwischen vier und sieben Jahren.

Tabelle E

Aufnahmemodus bei der Wiederaufnahme der Behandlung nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode

	nur ambulant	nur stationär	ambulant u. stationär	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (131 P.)	104 (80%)	19 (15%)	7 (5 %)	1
Entwicklung bekannt (81 P.)	69 (86%)	7 (9%)	4 (5%)	1

Wesentliches:

- Patienten, bei denen es nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode zu einer Wiederaufnahme der Behandlung kam, wurden während der 2. Behandlungsperiode häufiger nur ambulant und seltener ambulant und stationär behandelt als die Patienten, bei denen die Behandlung nicht wieder aufgenommen wurde (vgl. IV.2.3).

Tabelle F

Art der Therapie bei der Wiederaufnahme der Behandlung

	nicht behandelt	einmalige Beratung	mehrmalige Beratung	medikamentöse Therapie	Verhaltenstherapie	kleine Psychotherapie	Sonstige Therapie	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (131 P.)	4 (3%)	54 (43%)	40 (32%)	14 (11%)	5 (4%)	1 (1%)	8 (6%)	5
Entwicklung bekannt (81 P.)	1 (1%)	37 (48%)	24 (32%)	8 (9%)	4 (5%)	1 (1%)	3 (4%)	3

Wesentliches:

- Bei 75 % der Patienten wurde im Rahmen der Wiederaufnahme der Behandlung eine ein- oder mehrmalige Beratung durchgeführt.

Tabelle G

Dauer der 2. Behandlungsperiode in Monaten

	bis zu 1 M.	2-3 M.	4-6 M.	7-12 M.	13-24 M.	25-36 M.	37-48 M.	Ausprägung unbekannt
Gesamtzahl (131 P.)	27 (41%)	11 (16%)	13 (19%)	6 (9%)	4 (6%)	4 (6%)	2 (3%)	64+
Entwicklung bekannt (81 P.)	17 (43%)	& (13%)	7 (18%)	3 (8%)	2 (5%)	3 (8%)	2 (5%)	42+

+ Hierunter fallen bei der Gesamtzahl die 58 Patienten - bei bekannter Entwicklung die 38 Patienten -, bei denen nur eine einmalige Beratung durchgeführt wurde bzw. keine Behandlung stattfand.

Wesentliches:

- Bei 76 % der Patienten, bei denen im Rahmen der 2. Behandlungsperiode eine mehrmalige Beratung oder eine stationäre Behandlung durchgeführt wurde, dauerte die Therapie bis zu einem halben Jahr.

IV.2.12 Die weitere ambulante Behandlung nach 1969

Mit Hilfe des Fragebogens ergänzten wir unser den Krankenblättern entnommenes Material über die weitere ambulante Behandlung nach 1969.

Die erste hierzu gestellte Frage:

"War Ihr Kind nach der Behandlung von 1969 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder außerhalb)?"

wurde folgendermaßen beantwortet:

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	498 (72%)	188 (27%)	2 (-)	23
nur Schulschwierigkeiten	86 (87%)	13 (13%)	-	-
Einnässen und/oder Einkoten	41 (73%)	14 (25%)	1 (-)	1
andere Verhaltensauffälligkeiten	85 (80%)	21 (20%)	-	-
körperliche Auffälligkeiten	148 (74%)	51 (26%)	1 (-)	13
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	21 (54%)	18 (46%)	-	1

Wesentliches:

- 27 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, daß sie mit ihrem Kind nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen waren.

- In den Untergruppen wurde insgesamt seltener (24 %) mit "Ja" geantwortet. Somit waren Patienten mit mehreren Einweisungsgründen (aus mehreren der fünf Untergruppen) etwas häufiger nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde relativ selten, in der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" am häufigsten eine spätere ambulante Behandlung angegeben.

Die folgende Frage lautete:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)

Wo wurde diese nach 1969 begonnene Behandlung durchgeführt?"

Es antworteten: von 188	Beim Hausarzt	Beim Kinderarzt	Beim Nervenarzt	Bei einem Psychologen	In einer Erziehungsberatungsstelle	Bei einem anderen Facharzt	In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen	Bei einem Logopäden	Beim Psychotherapeut	von 188 antworteten ... nicht
Entwicklung bekannt	12 (7%)	13 (7%)	36 (20%)	32 (18%)	26 (15%)	8 (4%)	42 (23%)	6 (3%)	4 (2%)	9

Wesentliches:

- 38 % der Antworten bezogen sich auf rein psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsinstitutionen (Psychologe, Erziehungsberatung, Psychotherapeut und Logopäden, wobei wir diese hier miteinbezogen).
- 44 % bezogen sich auf Nervenarzt und Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen.
- 18 % bezogen sich auf andere Fachärzte bzw. Hausarzt.

Auf die folgenden Fragen:

"Wie lange dauerte diese Behandlung ungefähr?"

"Wie oft wurde diese Behandlung oder Beratung durchgeführt?
Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Beratungen an:"

"Wann wurde die letzte Behandlung durchgeführt?"

gaben die Eltern die (auf den folgenden Seiten dargestellten) Antworten:

Dauer der späteren Behandlung
(in Monaten)

	1	2	3-6	7-12	13-24	(bis 8 J.) 25-96	mehr als 96	keine Antwort
Entwicklung bekannt	16 (12%)	10 (7%)	20 (15%)	16 (12%)	21 (16%)	29 (21%)	23 (17%)	53 (von 188!)
nur Schulschwierigkeiten	-	-	2	2	3	-	-	
Einnässen und/ oder Einkoten	2	1	4	2	1	-	-	
andere Verhaltensauffälligkeiten	4	1	1	3	2	3	3	
körperliche Auffälligkeiten	1	3	7	3	5	7	9	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	1	2	2	2	1	4	2	

Wesentliches:

- In 54 % der Fälle wurde eine Behandlungsdauer der späteren Behandlung von mehr als 1 Jahr angegeben.

Anzahl der späteren Beratungen:

	1	2	3-5	6-20	21 und mehr	Durchschnitt	keine Antwort
Entwicklung bekannt	19 (17%)	9 (8%)	18 (17%)	36 (33%)	27 (25%)	19,7	79 (von 188!)
nur Schulschwierigkeiten	4	-	-	3	2		
Einnässen und/oder Einkoten	1	2	4	2	1		
andere Verhaltensauffälligkeiten	5	1	2	5	1		
körperliche Auffälligkeiten	3	3	3	9	7		
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	2	-	1	6	-		

Wesentliches:

- 58 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben mehr als 5 spätere Beratungen an.

Zeitpunkt der letzten Beratung:

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	keine Antwort
Entwicklung bekannt	14 (8%)	13 (8%)	22 (13%)	15 (9%)	19 (11%)	23 (14%)	16 (10%)	45 (27%)	11 (von 188!)
nur Schulschwierigkeiten	3	3	-	2	1	2	1	-	
Einnässen und/oder Einkoten	-	-	1	-	5	4	2	-	
andere Verhaltensauffälligkeiten	2	2	1	2	2	1	2	7	
körperliche Auffälligkeiten	6	2	4	4	6	4	4	13	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	2	1	3	2	-	1	2	7	

Wesentliches:

- 27 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, im Jahr der Nachuntersuchung (1977) sei ihr Kind noch in der 'späteren Behandlung' gewesen.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde dies relativ am häufigsten angegeben.

IV.2.13 Stationäre Behandlung nach 1969

Auch dieses Merkmal wurde retrospektiv mittels Fragebogen erhoben.

Auf die Frage:

"Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter in den vergangenen acht Jahren wegen seelischer Erkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt?"

antworteten:	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht
Entwicklung bekannt	658 (95 %)	36 (5 %)	2 (-)	15

Die Frage:

"Wie oft war Ihr Kind deshalb im Krankenhaus?"

wurde von 36 Eltern so beantwortet:

	"1 mal"	"Mehrmals"	"Ich weiß es nicht mehr"
Entwicklung bekannt	22 (61 %)	13 (36 %)	1 (-)

Die Frage:

"Wann war dieser Krankenhausaufenthalt(e)?"

wurde von 22 Eltern beantwortet. Jeweils der letzte Krankenhausaufenthalt wurde verschlüsselt, wodurch sich folgendes Bild ergab:

Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes:

Im Jahr	1970	71	72	73	74	75	76	77	keine Angabe
Entwicklung bekannt	1	3	-	1	1	4	2	9	15 (von 36 Elt., die antworten konnten)

Auf die Frage:

"Wie lange dauerten diese Aufenthalte insgesamt?"

wurde geantwortet:

	1	2	3	4	6	8	11	12	15	22	26	27	28	40 Wochen	nicht
"Etwa															
Entwicklung bekannt	2	2	4	3	3	2	1	3	2	1	1	1	1	3	3 (von 36)

Die Frage:

"Welche seelischen Erkrankungen waren der Grund für den Krankenhausaufenthalt?"

wurde von 33 Eltern beantwortet. Bis zu 2 Erkrankungen wurden verschlüsselt, wodurch sich folgendes Bild ergab:
17 Eltern gaben einen, 16 gaben zwei "Erkrankungen" an.
Als Erkrankungen wurden angegeben:

Kriminalität	1	sonstige Verhaltensauffälligkeiten	3 u. 4+
Aggressivität	1	Anfälle, Absencen	7
sexuelle Auffälligkeit (außer Onanie)	1	Bewegungs-, Haltungsstörung, Tic	2
Entwicklungshemmung und -störung	3	spezielle Sprachstörungen	1+
Autismus	1+	sonstige körperliche Beschwerden	3 u. 1+
(kindliche Psychosen)	2 u. 2+	Sonstiges	2+
Einnässen	3	Drogenprobleme	1 u. 1+
Weglaufen	1+		
Schulschwierigkeiten	1 u. 1+		
Angstzustände, Zwänge	6 u. 1+		

+ Die mit + gekennzeichneten Zahlen geben die Anzahl der an zweiter Stelle genannten jeweiligen "Erkrankungen" an.

IV.2.14 Abbruch der 1969 begonnenen bzw. vorgeschlagenen Behandlung

Dieses Merkmal wurde ebenfalls retrospektiv mittels postalischer Befragung erhoben.

Die Frage hierzu lautete:

"Wenn 1969 eine Behandlung durchgeführt wurde: Konnte diese in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auswärts begonnene Behandlung zu Ende geführt werden?"

Von den 330 Eltern, die in den vorangehenden Fragen "eine mehrmalige Beratung oder Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 1969" bzw. die "Durchführung einer 1969 von der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermittelten oder empfohlenen auswärtigen Behandlung"[1] angaben, antworteten:

Entwicklung bekannt	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht mehr"	nicht
	87 (36 %)	130 (53 %)	28 (11 %)	85
nur Schulschwierigkeiten	12 (52 %)	11 (48 %)	-	
Einnässen und/oder Einkoten	8 (36 %)	11 (50 %)	3 (24 %)	
andere Verhaltensauffälligkeiten	11 (27 %)	18 (44 %)	12 (29 %)	
körperliche Auffälligkeiten	23 (28 %)	54 (65 %)	6 (7 %)	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	9 (64 %)	3 (21 %)	2 (14 %)	

1) siehe IV.2.10 Tabelle B-D

Wesentliches:

- 36 % der Eltern, bei deren Kindern laut Angaben des Fragebogens 1969 eine mehrmalige Beratung oder Behandlung in der Jugendpsychiatrie bzw. eine auswärtige Behandlung durchgeführt wurde, gaben an, daß diese Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte.

- Eltern von Kindern der Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" gaben häufiger, Eltern von Kindern der Gruppen "andere Verhaltensauffälligkeiten" gaben etwas seltener als im Durchschnitt an, daß die in der Jugendpsychiatrie oder auswärts begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte.

V. Die weitere Entwicklung der ehemaligen Patienten

In diesem Kapitel werden die mittels Fragebogen erhobenen Daten über die weitere Entwicklung von 711 der 1368 ehemaligen Patienten tabellarisch dargestellt und stichwortartig erläutert.

V.1 Aufbau der Tabellen

Die Zeilen sind folgendermaßen gegliedert:

1. Zeile enthält im allgemeinen[1] die Häufigkeiten der jeweiligen Antworten von allen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist.

2. - 6. Zeile: diese Zeilen, welche nicht in allen Tabellen aufgeführt sind, enthalten die Angaben der Zeile 1. nach Gruppen gegliedert; die Kriterien der Gruppeneinteilung sind dieselben wie im Kap. IV. (s. IV.1).
Patienten, welche Einweisungsgründe mehrerer Gruppen aufweisen, werden (wie in Kap. IV.) nicht berücksichtigt.[2]

In weiteren Zeilen sind, sofern vergleichbar, Daten anderer Untersuchungen dargestellt.
Die Spalten sind gemäß den (vorgegebenen) Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Frage unterteilt.
Die in Klammern angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wie in Kap. IV., jeweils auf die Summe der Merkmalsausprägungen je Zeile (ohne Zahlen der Spalte "Merkmal unbekannt").

---

1) Abweichungen werden oberhalb der jeweiligen Tabelle erwähnt.

2) 196 der 711 Patienten, deren weitere Entwicklung bekannt ist, wurden mit Einweisungsgründen aus mehreren dieser Gruppen oder mit unbekanntem Einweisungsgrund eingewiesen.

V.2.1 Symptomentwicklung

Im Anschluß an die einleitende "Kontaktfrage" (Pflanz, 1973 S. 197) nach den Problemen und/oder Symptomen des Kindes, welche 1969 zur Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt hatten, fragten wir die Eltern nach der Entwicklung dieser Symptome und/oder Probleme und nach möglichen neuen Symptomen.

Die Frage lautete:
"Bestehen bei Ihrem Kind noch die gleichen Probleme wie im Jahre 1969?"

Es antworteten:

	Nein	Ja, sie haben sich aber gebessert	Ja, sie sind gleich geblieben	Ja, sie haben sich verstärkt	Unser Kind hatte 1969 keine Probleme	Ausprägung unbekannt
Entwicklung bekannt	350(50%)	221(31%)	82(12%)	25(4%)	24(3%)	9
nur Schulschwierigkeiten	59(60%)	31(31%)	8(8%)	1(1%)	-	-
Einnässen und/ oder Einkoten	41(73%)	11(20%)	5(9%)	-	-	-
andere Verhaltensauffälligkeiten	62(60%)	28(27%)	8(8%)	5(5%)	1(1%)	2
körperliche Auffälligkeiten	114(56%)	47(23%)	25(12%)	7(3%)	20(10%)	-
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	4(10%)	23(60%)	10(26%)	1(3%)	-	2

Symptomfreiheit von Enuretikern, 2-13 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen (Merkel-Neininger 1974 S. 27 f.)

tags: 328(94%) von 349 nachts: 197(56%) von 350

Entwicklung von 65 Patienten (ohne organische Störungen) 3 Jahre nach der Vorstellung. (Bleckmann und Mitarbeiter 1956)

eindeutige Besserung: 46 (71%) Ansätze einer Besserung: 9 (14%) kein Erfolg: 10 (15%)

Wesentliches:

- In den Untergruppen wurde insgesamt eine bessere Entwicklung der Symptome angegeben als im Durchschnitt der Patienten (55 % Nein, 27 % gebessert, 11 % gleich, 3 % verstärkt, 4 % 1969 ohne Probleme). Demnach haben sich die Probleme von denjenigen Kindern, die wegen mehreren Gründen (aus mehreren der 5 Untergruppen) eingewiesen wurden, insgesamt schlechter als im Durchschnitt entwickelt.

- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Einnässen und/oder Einkoten" wurde in mehr als 90 % Besserung oder Verschwinden der Symptome berichtet.[1)]

- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt angegeben, die Kinder hätten 1969 keine Probleme gehabt, was damit erklärt werden kann, daß sich in dieser Gruppe die Kinder befinden, welche wegen körperlicher Traumen konsiliarisch untersucht worden waren.

- In der fünften Gruppe, in welcher sich hauptsächlich Patienten mit dem Einweisungsgrund "Entwicklungshemmung und -störung befinden, entwickelten sich die Symptome insgesamt weniger gut als im Durchschnitt der Patienten (deren Entwicklung bekannt ist).

---

1) 39 % der Patienten, die wegen Schulschwierigkeiten eingewiesen wurden, gingen 1977 noch zur Schule.

Die Frage nach einem Symptomwandel lautete:

"Hatte Ihr Kind nach 1969 andere seelische Beschwerden oder hatten Sie nach 1969 andere Schwierigkeiten mit Ihrem Kind?"

Es antworteten:

	Nein	Ja	Ich weiß es nicht mehr	nie
Entwicklung bekannt	482(73%)	168(25%)	10(2%)	51
nur Schulschwierigkeiten	81(88%)	10(11%)	1(1%)	7
Einnässen und/oder Einkoten	37(67%)	18(33%)	-	2
andere Verhaltensauffälligkeiten	72(73%)	23(23%)	3(3%)	8
körperliche Auffälligkeiten	157(79%)	42(21%)	1(0,5%)	13
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	21(60%)	14(40%)	-	5

Wesentliches:

- In den Untergruppen wurde durchschnittlich seltener (20 %) diese Frage bejaht als in der Gesamtheit der Patienten (deren Entwicklung bekannt ist).
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde diese Frage am häufigsten verneint.
- In den Gruppen "Einnässen und/oder Einkoten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt bejaht.

Die folgende Frage nach der Art der neuen Probleme wurde i.a. von den Eltern beantwortet, welche die obige Frage bejaht hatten. Insgesamt konnten bis zu 4 neue Probleme angegeben werden. Es wurde(n) 90mal 1 neues Problem, 49mal 2 neue Probleme, 14mal 3 neue Probleme und 21mal 4 neue Probleme angegeben.

Die Frage nach der Art der neuen Probleme lautete:

"Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:
kreuzen Sie bitte die neuen Probleme an!"

Folgende neuen Probleme wurden angekreuzt:	
Unruhe und Konzentrationsstörung	39(22%)
Kopfschmerzen	21(12%)
Taubstummheit, Blindheit	2(1%)
Bewegungsstörungen, Haltungsstörungen, Tics	16(9%)
Einnässen	6(3%)
Einkoten	3(2%)
Anfallsleiden, anfallsähnliche Symptome	9(5%)
Weglaufen, Ausreißen	12(7%)
Schulschwierigkeiten	62(36%)
Erziehungsschwierigkeiten	37(21%)
Aggressivität	39(22%)
Entwicklungsrückstände	12(7%)
Sprachstörungen, Stottern	14(8%)

Zusätzlich wurden folgende neuen Probleme angegeben:	
Kriminalität	2(1%)
Nägelkauen, kindl. Leerlaufhandlungen	1(-)
Autismus	1(-)
kindliche Psychosen	1(-)
Angstzustände, Zwänge	10(6%)
sonstige Verhaltensauffälligkeiten	15(9%)
Verkehrsunfall	1(-)
sonstige körperliche Beschwerden	4(2%)
Drogenprobleme	5(3%)
Sonstiges	2(2%)

(die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Patienten, deren Eltern neue Probleme angegeben hatten, d.h. 174; obwohl 168 Eltern die allgemeine Frage nach neuen Problemen bejaht hatten, wurde die Frage nach der Art dieser Probleme 174mal beantwortet!)

Wesentliches:

- Relativ am häufigsten gaben die Eltern als neue Probleme Schulschwierigkeiten an (36 %). Es folgen Aggressivität (22 %), Unruhe und Konzentrationsstörung (22 %) und Erziehungsschwierigkeiten (21 %).[1)]
  Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt die Summe der Prozentzahlen mehr als 100.

V.2.2 Psychosomatische Störungen

Um einen Hinweis auf das Bestehen psychosomatischer Krankheiten bei den ehemaligen Patienten zu erhalten, fragten wir:

"Leidet Ihr Kind zur Zeit unter häufigen Kopfschmerzen?"

Es antworteten:

	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	471(80%)	79(14%)	32(6%)	129
nur Schulschwierigkeiten	71(88%)	9(11%)	1(1%)	18
Einnässen und/ oder Einkoten	41(89%)	2(4%)	3(7%)	11
andere Verhaltensauffälligkeiten	74(80%)	14(15%)	4(4%)	14
körperliche Auffälligkeiten	146(82%)	31(17%)	2(1%)	34
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	24(80%)	3(10%)	3(10%)	10

1) Der Anteil der Einweisungsgründe Schulschwierigkeiten und Aggressivität nahm auch bei den neu aufgenommenen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren stetig zu.

"... an chronischen Atembeschwerden?"

Es antworteten:

	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	477(96%)	9(2%)	12(2,5%)	213

"... an Verdauungsbeschwerden?"

Es antworteten:

	Nein	Ja	Ich weiß nicht	nicht
Entwicklung bekannt	467(92%)	28(5%)	15(3%)	199

Wesentliches:

- Von den Eltern, die diese Fragen beantworteten, gaben jeweils 14 % häufige Kopfschmerzen, 2 % chronische Atembeschwerden und 5 % Verdauungsbeschwerden ihrer Kinder an.
- Kopfschmerzen wurden am häufigsten in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" und am seltensten in der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" angegeben.

V.2.3 Entwicklung der familiären Belastung

Im Anschluß an die Frage nach einer möglichen früheren Belastung der Familie durch die Probleme[1], fragten wir die Eltern:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Hat sich diese Belastung geändert?"

"Diese Belastung ...	besteht nicht mehr	hat sich vermindert	ist gleich geblieben	hat sich verstärkt	hat sich sehr verstärkt	(nicht)	Anzahl der Antworten der 2. Tabelle minus Anzahl der "nicht" der 1. Tabelle (je Zeile)
Entwicklung bekannt	88(45%)	62(32%)	22(11%)	16(8%)	8(4%)	(515)	117
nur Schulschwierigkeiten	14(56%)	9(36%)	2(8%)	-	-	(74)	9
Einnässen und/ oder Einkoten	11(65%)	4(24%)	2(12%)	-	-	(40)	8
andere Verhaltensauffälligkeiten	21(52,5%)	9(22,5%)	6(15%)	3(7,5%)	1(-)	(66)	12
körperliche Auffälligkeiten	15(52%)	8(28%)	4(14%)	2(7%)	-	(184)	48
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	1(-)	3(-)	3(-)	2(-)	-	(31)	8

1) s. Teil II der Gesamtuntersuchung Kap. IV.2.7

"(Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:)
Ist durch diese Probleme in der Zwischenzeit eine Belastung Ihrer Familie entstanden?"

Es antworteten:

	Nein	Ja	(nicht)	s.o., 1. u. 2. vertauscht!
Entwicklung bekannt	357(90%)	41(10%)	(313)	117
nur Schulschwierigkeiten	63(97%)	2(3%)	(34)	9
Einnässen und/oder Einkoten	30(94%)	2(6%)	(25)	8
andere Verhaltensauffälligkeiten	49(92%)	5(9%)	(52)	13
körperliche Auffälligkeiten	126(93%)	10(7%)	(77)	48
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	17(74%)	6(26%)	(17)	8

Wesentliches:

- Da entweder Frage 1 (S. 81) oder Frage 2 dieser Seite beantwortet werden kann, wurde zur Berechnung der Zahlen der "nicht"-Spalte die Zahl der Antworten der jeweils anderen Tabelle abgezogen (je Zeile).

- Obwohl die Frage nach einer früheren familiären Belastung 192mal bejaht wurde, wurde die erste Frage nach einer Veränderung dieser Belastung 196mal beantwortet. Davon gaben 77 % an, diese Belastung habe sich verbessert bzw. bestünde nicht mehr.

- 10 % der Eltern, welche die Frage nach einer früheren Belastung verneint hatten und die zweite Frage beantworteten gaben an, inzwischen habe sich eine Belastung ihrer Familie durch die Probleme des Kindes entwickelt.

- In den Untergruppen wurde die Entwicklung der familiären Belastung besser als im Durchschnitt angegeben.

- In den Gruppen "Schulschwierigkeiten" und "Einnässen und/oder Einkoten" hat sich - laut Angaben der Eltern - die frühere Belastung am besten entwickelt. In diesen Gruppen wurde auch seltener als im Durchschnitt eine neuentstandene Belastung der Familie angegeben.

V.2.4 Entwicklung von Kontaktschwierigkeiten

Anschließend an die Frage nach früheren Kontaktschwierigkeiten des ehemaligen Patienten (s. Teil II Kap. IV.2.8), welche insgesamt von 337 Eltern bejaht wurde, fragten wir:

"(Wenn 1969 Kontaktschwierigkeiten bestanden:)
Haben sich diese Schwierigkeiten seither verändert?"

Darauf antworteten 348 Eltern:

Diese Schwierigkeiten...	haben sich sehr verbessert	haben sich verbessert	sind gleich geblieben	haben sich verschlechtert	haben sich sehr verschlechtert	"Ich weiß es nicht"
Entwicklung bekannt	102(29%)	159(46%)	59(17%)	12(3%)	8(2%)	8(2%)
nur Schulschwierigkeiten	16(31%)	25(48%)	11(21%)	-		
Einnässen und/oder Einkoten	13(59%)	5(23%)	2(9%)	2(9%)		
andere Verhaltensauffälligkeiten	19(33%)	28(49%)	4(7%)	6(11%)		
körperliche Auffälligkeiten	22(35%)	27(44%)	10(16%)	3(5%)		
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	4(15%)	12(44%)	10(37%)	1(4%)		

Wesentliches:

- Eine Spalte "antworteten nicht" wurde in obiger Tabelle nicht gebildet, da mehr als 337 Eltern, die diese Frage logischerweise beantworten konnten (aufgrund der Antworten der vorherigen Frage), geantwortet haben.[1)]

- In den Untergruppen wurde die Entwicklung der Kontaktschwierigkeiten insgesamt besser als im Durchschnitt angegeben (36 % "sehr verbessert", 47 % "verbessert").

- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" antworteten die Eltern dem Durchschnitt der Untergruppen entsprechend.

- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde am häufigsten "... sehr verbessert" angegeben.

- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde am häufigsten "... verbessert" und "... (sehr) verschlechtert" angegeben.

- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde in diesem Punkt eine etwas schlechtere als durchschnittliche Entwicklung (bzgl. allen Untergruppen) berichtet.

- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurde häufiger als in anderen Gruppen "... gleich geblieben" angegeben.

---

1) Demnach haben einige Eltern diese Frage nicht genau verstanden.

V.2.5 Medikamenteneinnahme

Bei der Beurteilung dieses Merkmals muß berücksichtigt werden, daß die Einnahme von Medikamenten von vielen Gegebenheiten, z.B. vom Stand der medizinischen Versorgung, vom Grad der Selbstmedikation, von der Rezeptierfreudigkeit des behandelnden Arztes und letztlich vom Gesundheitszustand des Patienten abhängt.

Die Frage:

"Nimmt Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?"

wurde so beantwortet

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	562(86%)	82(13%)	10(2%)	57
nur Schulschwierigkeiten	91(97%)	3(3%)	5	
Einnässen und/ oder Einkoten	49(92%)	4(8%)	4	
andere Verhaltensauffälligkeiten	92(92%)	7(7%)	7	
körperliche Auffälligkeiten	148(81%)	35(19%)	30	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	27(71%)	11(29%)	2	

Wesentliches:

- 13 % bejahten die Frage nach Medikamenteneinnahme ihrer Kinder.
- In den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurde diese Frage relativ zu den anderen Gruppen am häufigsten bejaht.

Die folgende Frage lautete:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Geben Sie bitte die Namen der Medikamente an!"

Mehrere Angaben waren möglich. Die Medikamente wurden in 6 Gruppen zusammengefaßt, wobei jeweils dargestellt ist, wieviele Eltern Medikamente der jeweiligen Gruppe angaben:
Tranquillizer wurden 1mal angegeben, Neuroleptika 7mal, Thymoleptika kein einziges mal, sonstige Psychopharmaka 6mal, Medikamente zur Epilepsie-Therapie 38mal und sonstige Medikamente 37mal angegeben.

V.2.6 Ausbildung und Beruf

Wie in Kapitel II.2.2 ausgeführt wurde, kann eine "geglückte soziale Integration" allein kaum als Maßstab psychischer Gesundheit angesehen werden. Trotzdem interessieren die folgenden Daten als eigenständige Items der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten.

Von den 711 Patienten, deren Fragebögen beantwortet und zurückgeschickt wurden, waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (im Dezember 1977) 227 im schulpflichtigen Alter, d.h. jünger als 15 Jahre alt (Geburtsjahrgänge 1963-68). Von den Eltern dieser Patienten antworteten insgesamt drei auf die Frage: "Besucht Ihr Kind zur Zeit die Schule?" mit "Nein", 8 beantworteten diese Frage nicht, der Rest (216) antwortete mit "Ja"!
Insgesamt wurde diese Frage 342mal verneint, 344mal bejaht und 25mal nicht beantwortet.

Die Frage nach der Art der besuchten Schule:
"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Welche Schule besucht Ihr Kind?"

wurde von 350 Eltern beantwortet, obwohl nur 344 die vorhergegangene Frage bejaht hatten, und zwar so:

	Sonder-schule	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gymna-sium	sonst. Schule
Entwicklung bekannt	78 (22%)	9 (3%)	109 (31%)	77 (22%)	76 (22%)	3
nur Schulschwierigkeiten	5 (14%)	-	14 (38%)	6 (16%)	12 (32%)	
Einnässen und/ oder Einkoten	2 (6%)	-	13 (41%)	12 (38%)	5 (16%)	
andere Verhaltensauffälligkeiten	2 (5%)	1 (-)	11 (27%)	14 (34%)	13 (32%)	
körperliche Auffälligkeiten	13 (11%)	6 (5%)	44 (37%)	28 (24%)	28 (24%)	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	27 (82%)	1 (-)	2 (6%)	1 (-)	2 (6%)	
Schüler der Jahrgänge 63 - 66:	58 (31,5%)		184 (68,5%)			
in Baden-Württemberg am 14.9.1977	34915 (5,5%)		636 488 (94,5%)			
Schüler der Jahrgänge 62 - 67:	64 (27%)	6 (2%)	90 (37%)	45 (19%)	36 (15%)	
in Baden-Württemberg am 14.9.1977	48803 (5%)		412390 (45%)	209636 (23%)	248957 (27%)	

Quelle: Statistisches Landesamt, Stuttgart.

Nur die Angaben von Patienten (-Eltern) bestimmter Geburtsjahrgänge wurden mit den entsprechenden Daten derselben Geburtsjahrgänge des Landes Baden-Württemberg verglichen, da nur diese vergleichbar sind.

Wesentliches:

- Insgesamt wurden von 22 % der Eltern (die diese Frage beantworteten) als Schulart "Sonderschule" angekreuzt.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt Hauptschule und Gymnasium angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde häufiger als im Durchschnitt Hauptschule und Realschule angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten Realschule oder Gymnasium angegeben.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" entsprachen die Angaben mit Ausnahme der Angabe Sonderschule in etwa dem Durchschnitt.
- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurde relativ am häufigsten Sonderschule angegeben.
- Im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurde in den entsprechenden Altersgruppen mehr als 4mal so häufig Sonderschule angegeben. In der Altersgruppe der zum Untersuchungszeitpunkt 10 - 15Jährigen finden sich laut Angaben der Eltern unter den ehemaligen Patienten, die nicht zur Sonderschule gehen, relativ weniger Gymnasiasten (20,3 % zu 28,6 %) und mehr Realschüler (25,4 % zu 24,0 %) und Haupt- und Grundschüler (54,2 % zu 47,3 %) als im Landesdurchschnitt.

Die Frage nach der zuletzt besuchten Schule:

"(Wenn Sie mit Nein geantwortet haben:)
In welcher Schule war Ihr Kind zuletzt?"

wurde von 327 Eltern beantwortet. Da zum Befragungszeitpunkt alle ehemaligen Patienten im schulpflichtigen Alter oder älter waren, wären insgesamt laut Antworten der eingangs gestellten Frage 342 Antworten möglich gewesen.

Die Antworten auf die Frage nach der zuletzt besuchten Schule lauteten:

	Sonder-schule	Grund-schule	Haupt-schule	Real-schule	Gymna-sium	Unser Kind war nicht schulfähig	keine Antwort
Entwicklung bekannt	50 (15%)	2 (1%)	166 (51%)	49 (15%)	56 (17%)	4 (1%)	15
nur Schulschwierigkeiten	1 (2%)	1 (2%)	37 (63%)	10 (17%)	10 (17%)		
Einnässen und/oder Einkoten	2	-	9	3	4		
andere Verhaltensauffälligkeiten	10 (17%)	-	27 (45%)	7 (12%)	16 (27%)		
körperliche Auffälligkeiten	12 (16%)	1 (1%)	40 (53%)	11 (15%)	11 (15%)		
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	3	-	2	-	1		

Schulentlassungen in Baden-Württemberg in den Jahren 1974-77 (inclusiv) insgesamt	aus Sonderschulen	aus Hauptschulen	aus Real-[+]schulen	aus[++] Gymnasien
	28148 (6%)	258821 (55%)	85072 (18%)	102224 (22%)

[+] Entlassungen aus Realschulen mit Mittlerer Reife.

[++] Entlassungen aus allgemeinbildenden Gymnasien mit Mittlerer Reife zuzüglich Entlassungen aus Gymnasien u.a. mit allgemeiner oder fachgebundener Hochschulreife.

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Landesamtes Stuttgart.

Wesentliches:

- Insgesamt waren auch hier laut Angaben der Eltern Sonderschulkinder relativ häufig (15 %) vertreten.
- In den Untergruppen fanden sich relativ weniger Sonderschulkinder als im Durchschnitt (13 % gegenüber 15 %). D.h., daß Kinder mit Einweisungsgründen aus mehreren dieser 5 Gruppen häufiger als im Durchschnitt (laut Eltern-Angaben) zuletzt in der Sonderschule waren.
- Verglichen mit den Durchschnittswerten in Baden-Württemberg zwischen 1974 und 1977 wurden mehr Patienten aus Sonderschulen entlassen. Unter denen, die nicht aus der Sonderschule entlassen wurden, befanden sich gegenüber dem Landesdurchschnitt etwas weniger Gymnasiasten (20,6 % gegenüber 22,9 %), etwas weniger Realschüler (18,1 % gegenüber 19,1 %) und mehr Hauptschüler (61,2 % gegenüber 58,0 %).

Die Frage nach einer abgeschlossenen Schulausbildung: "Hat Ihr Kind einen Schulabschluß?" beantworteten von den 342 Eltern, deren Kinder zum Untersuchungszeitpunkt laut eigenen Angaben nicht die Schule besuchten, 322 Eltern; 37 (11 %) dieser Eltern antworteten "Nein", 284 (89 %) dieser Eltern gaben an, ihre Kinder hätten einen Schulabschluß. Insgesamt wurde diese Frage 391mal beantwortet, 73mal (19 %) mit "Nein", 318mal mit "Ja".

Die daran anschließende Frage nach der Art des Schulabschlusses wurde insgesamt 323mal beantwortet.

Die Frage lautete:
"(Wenn Ihr Kind einen Schulabschluß hat:)
Um welchen Abschluß handelt es sich?"

Es antworteten:	Sonder-schul-abschluß	Haupt schul-abschluß	Real-schul-abschluß	Fachhoch-schul-reife	Abitur
Entwicklung bekannt	30(9%)	180(56%)	62(19%)	18(6%)	33(10%)
nur Schulschwierigkeiten	2(4%)	36(61%)	13(22%)	2(4%)	6(10%)
Einnässen und/ oder Einkoten	2	11	4	-	4
andere Verhaltensauffälligkeiten	9(13%)	30(45%)	12(18%)	4(6%)	12(18%)
körperliche Auffälligkeiten	6(7%)	46(56%)	17(21%)	7(9%)	6(7%)
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	-	4	-	1	-
Abschluß der Kinder, die nicht (mehr) zur Schule gehen					
Schulabschlüsse in Baden-Württemberg 1974 bis 1977 (einschließlich) insgesamt	28148+ (5%)	225357 (43%)	169463++ (33%)	13185+++ (3%)	82515+4 (16%)

Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Landesamtes Stuttgart.

\+ Entlassungen aus Sonderschulen
++ Mittlere Reife einschließlich Fachschulreife
+++ Die Anzahl an Fachhochschulreifeprüfungen, die in Baden-Württemberg abgelegt wurden, nahm von 1753 im Jahr 1974 auf 5206 im Jahr 1977 zu.
+4 allgemeine und fachgebundene Hochschulreife.

Wesentliches:

- Diese Frage wurde auch von Eltern beantwortet, deren Kinder nach dem angegebenen Schulabschluß weiterhin oder wieder zur Schule gehen; dadurch wird ein Vergleich mit Zahlen der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs erschwert.

- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt "Sonderschulabschluß" angekreuzt und häufiger als im Durchschnitt ein Haupt- oder Realschulabschluß angegeben.

- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde häufiger als in den anderen Gruppen und häufiger als im Durchschnitt "Sonderschulabschluß" und "Abitur" angegeben.

- Die Verteilung der Antworten in der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" entspricht in etwa dem Durchschnitt.

Die Frage nach der Berufsausbildung:

"Ist Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Zeit in einer Berufsausbildung oder war er / sie früher in einer Berufsausbildung?"

wurde folgendermaßen beantwortet:

	Nein, er / sie geht noch zur Schule	Nein, er/sie ist nicht schul- o. arbeitsfähig	Nein, er/sie arbeitet in einem Anlernberuf	Nein, aus anderen + Gründen:	Ja	nicht beant- wortet
Entwicklung bekannt	343 (50%)	11 (2%)	23 (3%)	37 (5%)	274 (40%)	23
nur Schulschwie- rigkeiten	36 (39%)	-	4 (4%)	2 (2%)	51 (55%)	6
Einnässen und/ oder Einkoten	31 (54%)	-	-	4 (7%)	22 (39%)	-
andere Verhaltens- auffälligkeiten	40 (38%)	3 (3%)	4 (4%)	4 (4%)	54 (51%)	1
körperliche Auf- fälligkeiten	118 (58%)	4 (2%)	2 (1%)	14 (7%)	65 (32%)	10
Entwicklungshem- mung und -stö- rung, Autismus, kindliche Psy- chosen	33 (85%)	-	1 (-)	-	5 (13%)	1

+ andere Gründe waren: insgesamt: 8mal Arbeit in einer Behinder- tenwerkstatt, 7mal Wehr- bzw. Zivildienst, 4mal Straffällig- keit, 2mal Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und 16mal Sonstiges (Hausfrau, Praktikant etc.)

Wesentliches:

- 7 % der Patienten, die laut Angaben der Eltern schul- oder arbeitsfähig sind und nicht zur Schule gehen, ar- beiten in einem Anlernberuf (laut Elternangaben).
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" beträgt dieser Prozentsatz ebenso 7 %, in der Gruppe "andere Ver- haltensauffälligkeiten" 6,5 %, in der Gruppe "kör- perliche Auffälligkeiten" ist dieser Anteil 2,5 %.

Die anschließende Frage:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Um welche Ausbildung handelt es sich?"

wurde so beantwortet:

	Um eine Lehre	Um eine Ausbildung zum ...+	Um ein Studium der ...	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	211(82%)	15(6%)	30(12%)	18 (von 274)++
nur Schulschwierigkeiten	41(84%)	2(4%)	6(12%)	2 (von 51)
Einnässen und/oder Einkoten	18(81%)	2(9%)	2(9%)	0 (von 22)
andere Verhaltensauffälligkeiten	37(76%)	2(4%)	10(20%)	5 (von 54)
körperliche Auffälligkeiten	47(80%)	5(8%)	7(12%)	6 (von 65)
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	4	1	-	

+ In diese Spalte wurde jede Berufsausbildung eingeordnet, die keine Lehre ist, jedoch ebensoviel oder mehr schulische Allgemeinbildung voraussetzt, die aber auch kein Studium an einer Hochschule ist.

++ Die jeweilige Bezugszahl findet sich in der vorhergehenden Tabelle in der Spalte "Ja".

Wesentliches:

- Insgesamt gaben 82 % der Eltern, deren Kinder laut eigenen Angaben früher oder zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Berufsausbildung waren (und die diese Frage beantworteten) an, diese Berufsausbildung sei eine Lehrlingsausbildung.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt "Studium" als Art dieser Berufsausbildung angegeben.

Die Frage nach dem Abschluß der Berufsausbildung:

"Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine abgeschlossene Berufsausbildung?" wurde so beantwortet:

	Nein, er/sie ist noch in Ausbildung	Nein, die Ausbildung wurde abgebrochen	Ja	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	(167(56%)	32(11%) (25%)	97(33%) (75%)	16 (von 274)
nur Schulschwierigkeiten	diese Spalte wurde in den Untergruppen nicht erhoben	-	11	
Einnässen und/ oder Einkoten		4(50%)	4(50%)	
andere Verhaltensauffälligkeiten		8(26%)	23(74%)	
körperliche Auffälligkeiten		6(16%)	31(84%)	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen		1		

Wesentliches:

- Insgesamt beträgt das Verhältnis von Ausbildungsabbrechern zu Kindern mit abgeschlossener Berufsausbildung laut Angaben der Eltern 1 zu 3.
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde von insgesamt 8 Angaben 4mal ein Ausbildungsabbruch angegeben.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt ein Ausbildungsabbruch angegeben.

Die Frage "Ist Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Zeit berufstätig?" wurde insgesamt 479mal beantwortet. Da jedoch nur die Antworten der Eltern interessieren, deren Kinder laut eigenen Angaben weder "zu jung" sind noch zum Untersuchungszeitpunkt die Schule besuchen oder eine Berufsausbildung absolvieren, werden insgesamt nur 61 Antworten dargestellt, die sich folgendermaßen verteilen:

Nein, weil er/sie zu jung ist:		wurde nicht ausgewertet
Nein, aus anderen Gründen	:	22(36%)
Ja	:	39(64%)

Erwähnenswert ist, daß nur 64 % der Eltern, deren Kinder zum Untersuchungszeitpunkt nicht in einer Schul- oder Berufsausbildung waren, angaben, ihr Kind würde zur Zeit arbeiten.

Die Frage nach einer möglichen Arbeitslosigkeit: "War Ihr Sohn / Ihre Tochter in den vergangenen zwei Jahren arbeitslos?" wurde so beantwortet:

	Nein, er/sie ist noch zu jung	Nein, er/sie war nicht arbeitslos	Ja	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	149(31%)	279(58%) (84%)+	54(11%) (16%)+	229
nur Schulschwierigkeiten	16	50 (93%)+	4 (7%)+	29
Einnässen und/ oder Einkoten	13	16 (80%)+	4 (20%)+	24
andere Verhaltensauffälligkeiten	15	45 (75%)+	25 (25%)+	31
körperliche Auffälligkeiten	54	79 (89%)+	10 (11%)+	70
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	18	5	1	16

+ Die mit + gekennzeichneten Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Anzahl der Antworten "... nicht arbeitslos" zuzüglich "Ja"

Wesentliches:

- Von den Kindern, die laut Angaben der Eltern nicht "zu jung" waren, waren angeblich 16 % in den vergangenen zwei Jahren arbeitslos.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" ist dieser Anteil geringer, in der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" höher als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" ist dieser Prozentsatz etwas geringer als im Durchschnitt.
- Diese Angaben können nicht mit den üblichen Angaben der Arbeitsämter verglichen werden, da es sich bei diesen Angaben nur um die gemeldeten arbeitslosen Jugendlichen handelt, die Dunkelziffer jedoch bedeutend sein soll. Außerdem wird offiziell i.a. die Arbeitslosenquote zu einem bestimmten Stichtag angegeben[1], unsere Befragung bezieht sich jedoch auf einen Zeitraum.

Die daran anschließende Frage nach der Dauer der Arbeitslosigkeit:

"(Wenn Ja), wieviele Monate insgesamt?"

wurde so beantwortet:

"Etwa ...	2	3	4	5	6	7	8	mehr als 8 Monate
Entwicklung bekannt	9 (19%)	7 (15%)	3 (6%)	3 (6%)	8 (17%)	3 (6%)	5 (19%)	9 (19%)

Erwähnenswert ist hierbei, daß 47 Eltern diese Frage beantworteten, obwohl 54 Eltern angegeben hatten, ihr Kind sei in den vergangenen 2 Jahren arbeitslos gewesen.

---

1) So betrug - laut "Mitteilungen des Landesarbeitsamtes 09/77" - die Arbeitslosigkeit im Alter unter 20 Jahren am 21. September 1977 in Baden-Württemberg 3,1 %.

Bei der Beurteilung der folgenden Daten über die Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit muß berücksichtigt werden, daß nicht alle Kranken als schul- bzw. arbeitsunfähig gelten.[1)]

Die Frage lautete:

"Wieviele Wochen war Ihr Sohn / Ihre Tochter im Jahr 1976 durch Krankheit aller Art (z.B. Grippe) nicht schul- bzw. arbeitsfähig? Bitte geben Sie die etwaige Zahl der Wochen an:"

	0	1	2	3	4	5	6	7	mehr als 7	keine Angabe
Entwicklung bekannt	188 (38%)	113 (23%)	98 (20%)	47 (9%)	22 (4%)	3 (1%)	12 (2%)	3 (1%)	13 (3%)	212
nur Schulschwierigkeiten	33 (49%)	18 (27%)	10 (15%)	3 (5%)	1 (1%)		2 (3%)			32
Einnässen und/oder Einkoten	18 (45%)	7 (17,5%)	10 (25%)	3 (7,5%)	2 (5%)		-			18
andere Verhaltensauffälligkeiten	29 (37%)	16 (21%)	16 (21%)	6 (8%)	3 (4%)		8 (10%)			28
körperliche Auffälligkeiten	50 (34%)	36 (25%)	30 (20%)	15 (10%)	7 (5%)		9 (6%)			66
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	12 (37,5%)	8 (25%)	7 (22%)	3 (9%)	-		2 (6%)			8

1) In dem 1969/70 in Baden-Württemberg durchgeführten "Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung" wurden von 31000 Mitgliedern der AOK, die nicht krank gemeldet waren und ihrer Arbeit nachgingen, 10,4 % der Männer und 12,3 % der Frauen von niedergelassenen Ärzten dem Gesamteindruck nach als kränklich eingestuft. Bei 19,6 % der Männer und bei 22,1 % der Frauen wurde eine Weiterbehandlung durch den Facharzt für notwendig erachtet. (Garrett-Bleek und Mitarbeiter, 1976).

Demnach betrug die durchschnittliche Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit im Jahr 1976:

Entwicklung bekannt - insgesamt	:	1,5 Wochen+
Derjenigen, die arbeits- bzw. schulunfähig waren	:	2,4 Wochen+

Pflichtversicherte der AOK waren im Jahr 1975 durchschnittlich... Tage arb.unfähig	im Alter	Männer	Frauen
	unter 15 Jahre	12,78	15,41 Tage
	15 - 20 Jahre	13,69	13,29 Tage
	20 - 25 Jahre	15,91	16,03 Tage

Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit im Jahr 1972; Ergebnis einer Repräsentativbefragung.+++	14,5 Arbeitstage (16-29 Jahre alt) (bezogen auf die Zahl der Kranken)
	6,1 Arbeitstage (16-29 Jahre alt) (bezogen auf alle Berufstätigen)

\+ Bei der Berechnung wurden die 13 Angaben "mehr als 7 Wochen" mit jeweils 8 Wochen berechnet.

++ laut Angaben aus Statistiken der AOK Tübingen

+++ laut "Daten des Gesundheitswesens", Ausgabe 1977 S. 61 ff.;
Die Frage lautete: "Und könnten Sie noch sagen, an wieviel Arbeitstagen Sie im Jahr 1972 wegen Krankheit nicht im Beruf arbeiten konnten?"

Wesentliches:

- 62 % der Eltern, die diese Frage beantwortet haben, gaben eine Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit ihrer Kinder durch Krankheit an. Auf eine ähnliche Frage in einer Repräsentativbefragung im Jahr 1973 gaben dagegen 42 % der 16-29Jährigen an, wegen Krankheit im vergangenen Jahr arbeitsunfähig gewesen zu sein.[1] (Daten des Gesundheitswesens, 1977 S. 63)

---

1) Die Frage der Repräsentativbefragung lautete: "Erinnern Sie sich - waren Sie im vergangenen Jahr 1972 einmal so krank, daß Sie nicht im Beruf arbeiten konnten?"

- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt 1 Woche und keine Woche angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde häufiger als im Durchschnitt keine Woche angegeben.
- In den übrigen Untergruppen entsprach die Verteilung der Angaben in etwa dem Durchschnitt.
- Die durchschnittliche Dauer der Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit war laut Angaben der Eltern bedeutend größer als die Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen Krankheit in vergleichbaren Untersuchungen.

V.2.7 Familienstand

Bevor der Familienstand der ehemaligen Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung dargestellt wird, sei noch einmal daran erinnert, daß der Umstand, verheiratet zu sein, hinsichtlich psychischer Gesundheit verschieden interpretiert werden kann (vgl. Kap. III.2.3).

In den Tabellen sind nur die Patienten berücksichtigt, die zum Untersuchungszeitpunkt (Dezember 1977) 18 Jahre alt und älter waren (Geburtsjahrgänge bis 1959). Von den jüngeren Patienten und Patientinnen war im übrigen keine(r) verheiratet etc. (laut Angaben im Fragebogen).

Die Frage zum Familienstand wurde so beantwortet:

"Ist Ihr Sohn / Ihre Tochter ...

	ledig?	verheiratet?	verheiratet, aber getrennt lebend?	geschieden?	verwitwet?"
Entwicklung bekannt und älter als 18 Jahre	249 (89%)	30 (11%)	1	1	- 10

Nach Geburtsjahrgängen aufgeschlüsselt ergibt sich:

Jahrgang	ledig (ehemalige Patienten)	verheiratet (ehemalige Patienten)	ledig (im Kreis Tübingen)	verheiratet (im Kreis Tübingen)	davon Männer:
1946-53	20	7			
54	23 (74%)	8 (26%)	3299 (78%)	906 (22%)	274
55	23 (82%)	5 (18%)	3429 (85%)	627 (15%)	156
56	26	-	3668 (88%)	491 (12%)	98
57	31 (82%)	7 (18%)	3182 (91%)	310 (9%)	54
58	56 (98%)	1 (2%)	2780 (94%)	174 (6%)	27
59	70 (99%)	1 (1%)	2414 (98%)	61 (2%)	1
insgesamt:	249 (89%)	30 (11%)	18772 (88%)	2569 (12%)	610
davon sind Frauen:	70 (79%)	19 (21%)	8763 (82%)	1959 (18%)	
Männer:	179 (94%)	11 (6%)	10009 (94%)	610 (6%)	

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Landesamtes, Stuttgart - Erhebungstag: 31.12.1977

Wesentliches:

- Die älteren Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt laut Fragebogenergebnissen etwas häufiger als der Durchschnitt der Wohnbevölkerung im Kreis Tübingen verheiratet, die jüngeren Patienten etwas seltener.
- Die Frauen unter den ehemaligen Patienten waren laut Fragebogenergebnissen häufiger, die Männer ebenso häufig wie der Durchschnitt der Bevölkerung verheiratet.

Die Frage nach eigenen Kindern:

"Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Kinder?"

wurde insgesamt 562mal beantwortet. 18 (3%) Eltern antworteten mit "Ja", 544 (97%) Eltern mit "Nein".

V.2.8 Wohn - Ort (zuhause, Heim etc.)

Hier interessierte uns insbesondere, wieviele ehemalige Patienten zum Untersuchungszeitpunkt in Heimen untergebracht waren.

Aus dem Umstand, daß Kinder im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen, kann nur äußerst vorsichtig auf den Kontakt zu den Eltern geschlossen werden, da intervenierende Variablen wie z.B. Ort der Berufsausbildung, Größe der elterlichen Wohnung etc. nicht berücksichtigt werden konnten. Des weiteren müßte bekannt sein, ob die elterliche Familie psychopathologische Strukturen aufweist (und welche), um den Kontakt zur Familie als Hinweis auf die psychische Gesundheit des ehemaligen Patienten verwenden zu können.

Die Frage hierzu lautete:

"Wo wohnt Ihr Kind heute?"

Es antworteten:	Zuhause, bei den Eltern	Im eigenen Zimmer/ Wohnung	In einem Heim	Vollzugsanstalt	Internat	Wohnheim, -gruppe	Kaserne	Bei den Großeltern	Wohn-Ort unbekannt	nicht
Entwicklung bekannt	549 (80%)	73 (11%)	39 (6%)	6 (1%)	10 (1%)	6 (1%)	3 (-)	1 (-)	2 (-)	22
nur Schulschwierigkeiten	81 (84%)	10 (10%)	2 (2%)		4 (4%)					2
Einnässen und/oder Einkoten	45 (81%)	3 (5%)	3 (5%)		4 (7%)					2
andere Verhaltensauffälligkeiten	72 (70%)	20 (20%)	5 (5%)		6 (6%)					3
körperliche Auffälligkeiten	175 (85%)	16 (8%)	8 (4%)		6 (3%)					8
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	35 (87,5%)	-	4 (10%)		1 (2,5%)					-

Wesentliches:

- 6 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, ihr Kind wohne z.Zt. in einem Heim.
- Der unterschiedliche Anteil an Kindern, die laut Angaben der Eltern im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen, in den einzelnen Untergruppen entspricht in etwa den Relationen im Altersaufbau der Untergruppen; d.h., daß in den Gruppen mit einem größeren Anteil an Kindern, die im eigenen Zimmer/Wohnung wohnen, auch der Anteil an Kindern im Alter über 18 Jahre größer ist.

V.2.9 Freizeit - Kontakte

Wurde zu Beginn des Fragebogens nach einer Veränderung der "sozialen Leistungsfähigkeit" als Hinweis auf eine Veränderung früherer neurotischer Tendenzen gefragt (s. Kap. V.2.4), so interessiert an dieser Stelle der realisierte (Freizeit-) Sozialkontakt.
Da bei Neurotikern "... im großen ganzen ..." die soziale (u.a.) Leistungsfähigkeit "... unterhalb ihrer eigentlichen Möglichkeiten liegt" (Redlich,Freedman, 1976 S. 511), die eigentliche Möglichkeit jedoch von uns nicht eingeschätzt werden konnte, sollen hier behelfsweise die Angaben der ehemaligen Patienten mit Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen werden.

Die Frage lautete:

"Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Bekannten oder Freunden?"

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	169(26%)	458(69,5%)	32(5%)	52
nur Schulschwierigkeiten	18(19%)	74(79%)	2(2%)	5
Einnässen und/ oder Einkoten	10(20%)	39(76%)	2(4%)	6
andere Verhaltensauffälligkeiten	23(23%)	66(65%)	13(13%)	4
körperliche Auffälligkeiten	46(25%)	135(72%)	6(3%)	32
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	22(44%)	17(56%)	-	1

Freizeitbindung " ....." in %	niemanden 19%	mehrere 45%	einen 36%	Freizeitpartner

(laut E.K. Scheuch und Mitarbeiter, 1972 S. 252) von Jugendlichen.

Wesentliches:

- Verglichen mit dem dargestellten "Profil alltäglichen Freizeitverhaltens" Jugendlicher gaben die Eltern unserer Patienten häufiger keine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden an. Jedoch ist auch der Anteil der Kinder, die eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden ... haben höher als der Anteil Jugendlicher in der zitierten Untersuchung, welche mehrere Freizeitpartner haben.

- In den Untergruppen "nur Schulschwierigkeiten" und "Einnässen und/oder Einkoten" ist der Anteil an Kindern, die laut Angaben der Eltern eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden haben, höher als im Durchschnitt.

- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" ist dieser Anteil geringer als im Durchschnitt.

Die anschließende Frage:

"(Wenn Sie mit Ja geantwortet haben:)
Wie oft trifft sich Ihr Kind mit seinen Freunden?"

wurde so beantwortet:

	täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	98(20%)	261(54%)	97(20%)	28(6%)	227
nur Schulschwierigkeiten	10(12%)	52(64%)	14(17%)	5(6%)	18
Einnässen und/oder Einkoten	8(20%)	20(49%)	8(20%)	5(12%)	16
andere Verhaltensauffälligkeiten	19(26%)	34(46%)	18(24%)	3(4%)	32
körperliche Auffälligkeiten	31(22%)	81(57%)	24(17%)	6(4%)	71
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	4	7	5	1	23

Jugendliche in Friedrichshafen, die eine Clique (bzw. Freundes- und Bekanntenkreis) haben, treffen sich

durchschnittlich 3-4mal pro Woche

(Schilling 1974, S. 143)

Wesentliches:

- Die Angaben der Eltern, die diese Frage beantworteten, entsprechen in etwa den Ergebnissen der Friedrichshafener Untersuchung.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt "täglich" und entsprechend häufiger "mehrmals pro Woche" angegeben.
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde seltener als im Durchschnitt "mehrmals pro Woche" und entsprechend häufiger "seltener" angegeben.

- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten "täglich" und "einmal pro Woche" angegeben. Die anderen Angaben waren entsprechend seltener.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde relativ am häufigsten "täglich" oder "mehrmals pro Woche" angegeben.

Das Merkmal "Vereinsmitgliedschaft", welches auch hinsichtlich psychischer Gesundheit gegensätzlich interpretiert werden kann[1)], wurde folgendermaßen erfragt:

"Ist Ihr Kind Vereinsmitglied?"

Die Antworten lauteten:

	"Nein"	"Ja"	"Ich weiß es nicht"	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	340(52%) (53%)+	298(46%) (47%)	11(2%)	62
nur Schulschwierigkeiten	48(52%)	44(48%)	7	
Einnässen und/ oder Einkoten	19(39%)	30(61%)	8	
andere Auffälligkeiten	47(49%)	49(51%)	10	
körperliche Auffälligkeiten	91(50%)	92(50%)	30	
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	27(79%)	7(21%)	6	
Vereinsmitgliedschaft Jugendlicher in Friedrichshafen++ :	19(63%)	11(37%)		
laut Blücher (1955)+++ :	ca. 50%	50%		

\+ Prozentangaben bei Nichtberücksichtigung der Spalte "Ich weiß es nicht"

++ Quelle: Schilling, 1974 S. 152

+++ Zitiert nach Schmitz-Scherzer, 1974 S. 60

1) Vereinsmitglieder können organisiert sein, weil sie sonst schwer Kontakt finden oder weil sie "geselliger" als Nicht-Vereinsmitglieder sind. Empirische Untersuchungen dazu sind uns nicht bekannt.

Wesentliches:

- Die Verteilung der Antworten entspricht den Angaben von Blücher, der laut Schmitz-Scherzer (1974) bei Jugendlichen in ca. 50 % der Fälle eine Vereinsmitgliedschaft festgestellt hat.

- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" sind mehr Kinder (laut Angaben der Eltern) als im Durchschnitt Vereinsmitglied, in der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" ist dieser Anteil geringer als im Durchschnitt.

V.2.10 Urteil der Eltern über die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen

Zusätzlich interessiert uns das Urteil der Eltern über die Behandlung und deren Auswirkungen, weshalb wir folgende Fragen stellten:

"Waren Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden?"

Die Antworten lauteten:

"Wir waren mit der Beratung/ Behandlung	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden	Ich weiß es nicht mehr	nicht beantwortet
Entwicklung bekannt	136(20%)	307(46%)	112(18%)	58(9%)	53(8%)	62
nur Schulschwierigkeiten	22(24%)	45(49%)	10(11%)	7(8%)	8(9%)	7
Einnässen und/ oder Einkoten	9(17%)	26(49%)	8(15%)	6(11%)	4(8%)	4
andere Verhaltensauffälligkeiten	16(16%)	52(51%)	16(16%)	8(8%)	10(10%)	4
körperliche Auffälligkeiten	46(24%)	90(47%)	23(12%)	14(7%)	20(10%)	20
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	6(16%)	13(35%)	12(32%)	4(11%)	2(5%)	3

Wesentliches:

- 66 % der Eltern, die diese Frage beantworteten, gaben an, mit der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein.
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" war dieser Anteil um 7 % größer als im Durchschnitt.
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde im Vergleich mit den durchschnittlichen Antworten etwas seltener sehr zufrieden und weniger zufrieden und entsprechend häufiger zufrieden und unzufrieden angegeben.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde seltener als im Durchschnitt sehr zufrieden und entsprechend häufiger zufrieden angegeben.

- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde häufiger als im Durchschnitt sehr zufrieden und seltener weniger zufrieden angegeben.
- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" war die Zufriedenheit der Eltern insgesamt geringer als im Durchschnitt der Patienten.

Die Frage nach den Gründen der Unzufriedenheit lautete:

"(Wenn Sie mit der Beratung / Behandlung in der Jugendpsychiatrie Tübingen weniger zufrieden oder unzufrieden waren, beantworten Sie bitte die Fragen a) bis f))

a) Waren Sie unzufrieden oder weniger zufrieden, weil die Probleme Ihres Kindes immer noch bestehen?"

81 Eltern antworteten hierauf mit "Nein" (48 %),
88 Eltern antworteten mit "Ja" (52 %)

b) War die Dauer der Behandlung ...

zu kurz?" : wurde 127mal angekreuzt (63 %)
richtig gewählt?" : wurde 64mal angekreuzt (32 %)
zu lang?" : wurde 11mal angekreuzt (5 %)

c) Kümmerten sich die Ärzte und Psychologen um die Probleme Ihres Kindes

zu wenig?" : wurde 110mal angekreuzt (54 %)
in richtigem Maße?": wurde 91mal angekreuzt (45 %)
zu sehr?" : wurde 3mal angekreuzt (1 %)

d) Beschäftigten sich die Psychologen und Ärzte mit Ihnen, den Eltern

zu wenig?" : wurde 124mal angekreuzt (59 %)
in richtigem Maße?": wurde 84mal angekreuzt (40 %)
zu sehr?" : wurde 2mal angekreuzt (1 %)

e) Hatten die Ärzte Bereiche wie Kindergarten, Schule usw.

zu wenig berücksichtigt?" : wurde 71mal angekreuzt (45 %)

in richtigem Maße berücksichtigt?" : wurde 80mal angekreuzt (51 %)

zu sehr beachtet?" : wurde 7mal angekreuzt (4 %)

f) Wir waren aus folgenden Gründen mit der Behandlung unzufrieden (bzw. weniger zufrieden): ....."

Die an dieser Stelle angegebenen Gründe werden in Stichworten wiedergegeben; insgesamt gaben 144 Eltern mehr oder weniger detaillierte Gründe ihrer Unzufriedenheit an; Mehrfachnennungen waren möglich.

Unzufriedenheit wegen dem Ausmaß der Betreuung:
- Weil nichts unternommen wurde (1mal); weil nur untersucht und nicht beraten wurde (24mal); weil nur beraten und nicht (stationär) behandelt wurde (aus Mangel an Plätzen) (8mal); weil nur stationär behandelt und nicht beraten wurde (1mal).

Unzufriedenheit wegen Untersuchungsbedingungen:
- Wegen langer Wartezeit (1mal); wegen häufigem Wechsel der behandelnden Ärzte (4mal); wegen großem Altersunterschied in der Behandlungsgruppe (1mal); wegen Räumlichkeit und Ausstattung (2mal).

Unzufriedenheit wegen der Art der ärztlichen Behandlung:
a) allgemein: mangelhafte Sorgfalt der Ärzte (3mal); Uninteressiertheit des Arztes (1mal); "weil ich zu unpersönlich behandelt wurde" (2mal);
b) auf die Untersuchung bezogen: Untersuchung war oberflächlich (6mal); die Entwicklung der Kinder wurde zu wenig berücksichtigt (1mal); die psychische Seite des Kindes wurde vernachlässigt bzw. nicht erkannt (4mal); Untersuchung wurde (wegen Verhalten des Kindes) abgebrochen (1mal);
c) auf die Diagnose bezogen: die Krankheit wurde leichter eingeschätzt, als sich später herausstellte (5mal);

... schwerer eingeschätzt, als ... (4mal); weil die Eltern bzgl. der Diagnose anderer Meinung waren (2mal); Ärzte waren sich über die Diagnose nicht im Klaren bzw. fanden die Ursache der Krankheit nicht (10mal);

d) auf die Beratung bezogen: "da wir eine spezielle Untersuchung des Gehirns ablehnten (zu riskant!) wurden uns keine weiteren Möglichkeiten genannt" (1mal); weil nur "beruhigt", "vertröstet" und nicht weiter beraten wurde (4mal); weil falsch beraten wurde (laut Elternurteil) (6mal); "für unsere Tochter wurde eine antiautoritäre Erziehung vorgeschlagen" (1mal); zu geringe Aufklärung (12mal, davon 1mal bzgl. stationärer Behandlung); weil die empfohlene auswärtige Behandlung undurchführbar (2mal) bzw. ungenügend (1mal) war;

e) auf die Therapie bezogen: oberflächliche Behandlung (5mal); Behandlung ging am Problem vorbei (3mal); die Behandlung vernachlässigte die psychische Seite (1mal); Überdosierung bei Epilepsie-Therapie (1mal); "Behandlungsmethode war wenig durchsichtig" (1mal); Behandlungsabbruch durch die Jugendpsychiatrie (3mal); "die stationäre Therapie hätte nicht verschoben werden dürfen (unser Kind verstarb an dem Leiden 2 Wochen vor dem neuen Einbestellungstermin)" (1mal).

Unzufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung:

- mangelhafte pflegerische Betreuung (4mal); "zu wenig Aufsicht beim stationären Aufenthalt, wenig essen, Wäsche gestohlen" (1mal) - und ähnliche Kritik (1mal); "weil die stationären Behandlungsmethoden nicht adäquat (katastrophal) waren" (1mal).

Unzufriedenheit wegen enttäuschter Erwartungen:

- Untersuchung brachte keine neuen Erkenntnisse (8mal); die zur Zurückstellung von der Schule erforderliche Bescheinigung wurde nicht erteilt (1mal); schlechtes Testergebnis (weil Kind verängstigt war) (1mal); "weil die Ärzte aus dem Problem 'Bettnässen' eine Seelenwäsche

machten, so daß aufgrund der Behandlung das eigentliche Problem zweitrangig wurde und andere Probleme künstlich gezüchtet wurden" (1mal).

Unzufriedenheit wegen schlechter Kommunikation während stationärer Behandlung: zwischen Eltern und Kind (1mal), zwischen Eltern und Pflegepersonal (2mal), zwischen Eltern - Kind und Pflegepersonal (1mal).

Unzufriedenheit wegen Auswirkungen auf das Kind:
- Kind war nach dem Klinikaufenthalt aggressiver (3mal), ... "total erschöpft und verstört" (1mal); Symptomatik verschlechterte sich nach dem Klinikaufenthalt (1mal); "da der Sohn außerhalb unseres Wirkungsbereiches lebte und keinerlei Anweisungen befolgte" (1mal); der Patient war mit der Behandlung unzufrieden (3mal).

Unzufriedenheit wegen Auswirkungen auf die Eltern:
- "Ich bekam Schuldgefühle, Unsicherheit" (1mal).

Die anschließenden Fragen nach dem Urteil der Eltern über die Auswirkungen der Behandlung lauteten:

"Glauben Sie, daß die Behandlung / Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihren Sohn / Ihre Tochter ausgewirkt hat?"

Es antworteten:	"Nein"	"Ja"	nicht
Entwicklung bekannt	181 (35%)	341 (65%)	189
nur Schulschwierigkeiten	23 (30%)	53 (70%)	23
Einnässen und/oder Einkoten	16 (36%)	29 (64%)	12
andere Verhaltensauffälligkeiten	21 (25%)	60 (74%)	24
körperliche Auffälligkeiten	42 (29%)	102 (71%)	68
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	18 (62%)	11 (38%)	11

Wesentliches:

Diese Frage wurde häufig mit der Bemerkung "zu lange her" quittiert - und nicht beantwortet.

- In den Untergruppen wurde insgesamt häufiger als im Durchschnitt mit "Ja" geantwortet (68 % gegenüber 65 %); d.h. die Eltern von Patienten mit Einweisungsgründen aus mehreren Gruppen antworteten häufiger als der Durchschnitt mit "Nein".
- In der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt der Untergruppen verneint.
- In der Gruppe "andere Verhaltensauffälligkeiten" wurde sie häufiger bejaht.
- In der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" wurde diese Frage sehr häufig (verglichen mit dem Durchschnitt) verneint.

Die folgende Frage:

"Glauben Sie, daß die Behandlung / Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sich günstig auf Ihr Verhältnis zu Ihrem Sohn / Ihrer Tochter ausgewirkt hat?"

wurde so beantwortet:

	"Nein"	"Ja"	nicht
Entwicklung bekannt	163 (35%)	305 (65%)	243
nur Schulschwierigkeiten	19 (27%)	52 (73%)	28
Einnässen und/oder Einkoten	15 (38%)	24 (62%)	18
andere Verhaltensauffälligkeiten	17 (23%)	57 (77%)	31
körperliche Auffälligkeiten	42 (36%)	74 (64%)	97
Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen	18 (62%)	11 (38%)	11

Wesentliches:

- In den Untergruppen wurde insgesamt gleich wie im Durchschnitt geantwortet (66 % "Ja" gegenüber 65 %).
- In der Gruppe "Schulschwierigkeiten" wurde diese Frage häufiger als im Durchschnitt bejaht.
- In der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" wurde diese Frage durchschnittlich beantwortet.
- In den restlichen Gruppen entsprechen die Abweichungen in der Beantwortung (gegenüber dem Durchschnitt) den Abweichungen der vorigen Frage.

Der Fragebogen wurde laut Angaben der Eltern 289mal (43 %) von der Mutter des ehemaligen Patienten ausgefüllt, 102mal (15 %) vom Vater und 268mal (39 %) von beiden Eltern. 11mal füllte ein anderer Angehöriger den Fragebogen aus, 9mal ein(e) Heimerzieher(in).

Der Sohn / die Tochter, der ehemalige Patient hat beim Ausfüllen des Fragebogens 204mal (40 %) mitgeholfen, 303mal (59 %) nicht mitgeholfen. 9mal hat der ehemalige Patient(in) den Fragebogen allein ausgefüllt.

VI. Statistische Zusammenhänge zwischen Variablen der Art und des Ausmaßes der Therapie und Variablen der weiteren Entwicklung

In diesem Kapitel werden die, mittels χ^2-Test als signifikant nachgewiesenen, speziellen Zusammenhänge zwischen Daten der Therapie (s. Kap. IV.) und Daten der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten (s. Kap. V.) dargestellt.

VI.1 Mathematisch-statistische Vorbemerkungen

Nur solche Merkmale wurden rechnerisch miteinander verglichen, welche insgesamt nicht allzu selten bekannt waren.

Jeweils 2 Merkmale wurden mittels χ^2-Test auf dem Signifikanzniveau von a = 0,05 (95 % Sicherheit) daraufhin untersucht, ob die Verteilung ihrer Ausprägungen zueinander nicht zufällig ist.

Zur Berechnung wurden nur die Daten von Patienten berücksichtigt, die in den 2 jeweiligen Merkmalen definiert waren. Aus den Ergebnissen kann also nicht darauf geschlossen werden, daß nachgewiesene Zusammenhänge für alle Patienten (bzw. für alle, deren Entwicklung bekannt ist) zutreffen. Aus rechentechnischen Gründen wurden häufig mehrere Ausprägungen zusammengefaßt; diese wurden logisch sinnvoll bzw. aufgrund derselben Tendenz in den Ausprägungen des Vergleichsmerkmals kombiniert. (Mathematische Voraussetzung des χ^2-Tests ist eine Mindestanzahl von 5 pro Feld in der Mehrfeldertafel).

Zur Beurteilung der Stärke des jeweiligen, mittels χ^2-Test nachgewiesenen Zusammenhanges, wurde anschließend der Kontingenzkoeffizient berechnet. Der maximale Kontingenzkoeffizient (CCmax), der sich bei völliger Abhängigkeit zweier Merkmale ergibt, hängt jedoch von der

Größe der zugrundeliegenden Mehrfeldertafel, d.h. von der Anzahl der Felder ab, was die Vergleichbarkeit verschiedener Mehrfeldertafeln miteinander beeinträchtigt. Deshalb wird nur der korrigierte Kontingenzkoeffizient (CCkorr) dargestellt, der das Verhältnis des errechneten zum maximal möglichen Kontingenzkoeffizienten der jeweiligen Mehrfeldertafel in Prozent angibt.

Der CCkorr ist 0 %, wenn völlige Unabhängigkeit besteht und 100 %, wenn völlige Abhängigkeit zwischen den zugrundeliegenden Merkmalen besteht. (vgl. Sachs 1973, S. 371 f.).

IV.2 Tabellarische Übersicht über die einzelnen Zusammenhänge

Die folgende Tabelle gibt zur besseren Orientierung an, zwischen welchen Merkmalen statistisch signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten (+) und zwischen welchen keine unzufälligen Zusammenhänge nachgewiesen wurden (-). Merkmalsverbindungen, die aus rechentechnischen Gründen nicht untersucht wurden, sind mit 0 gekennzeichnet.

Art und Stärke der jeweiligen Zusammenhänge sind in den folgenden Kapiteln VI.3.1 - 14 dargestellt.

Am Ende eines jeden Kapitels wird versucht, die dargestellten statistischen Zusammenhänge zu erklären. Zu diesem Zweck wird mit Bezug auf Kapitel IV. und V. untersucht, ob spezifische Krankheitsspektren als intervenierende Variablen und/oder ob Art und Ausmaß der Therapie die nachgewiesenen Zusammenhänge verursachten.

Fußnoten zu S. 120

1) Mathematisch nicht signifikant

2) Nicht berechnet, da unsinnig

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen ... und ...

besteht : +
besteht nicht : -
konnte nicht berechnet werden : O

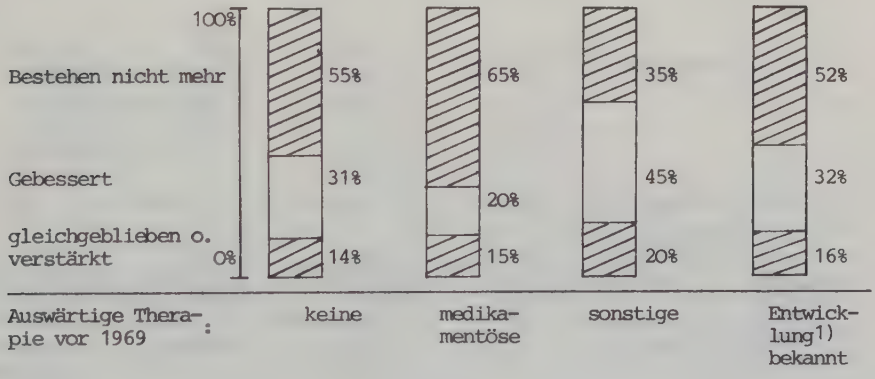
	Auswärtige Therapie vor 1969	Therapie, ja, nein	Aufnahmemodus	Anzahl der ambulanten Beratungen	Anzahl der station. Aufenthalte	Spezielle nicht medikamentöse Therapie	Schulberatung	Medikamentöse Therapie	Dauer der 1. Behandlungsperiode	Vermittl. bzw. Vorschlag ausw. Therap.	Art d. durchgef. auswärt. Behandlung	Wiederaufnahme der Behandlung	Ambulante Therapie nach 1969	Abschluß der Behandlung	Eltern-Urteil über die Behandlung
Symptomentwicklung	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	
Auftreten neuer Symptome	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	
häufigen Kopfschmerzen	-	-	-	-	O	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Veränderung früherer familiärer Belastung	+	O	-	+	O	-	-	-	-	-	O	-	-	-	
Entstehung familiärer Belastung seit 1969	-	-	-	-	O	-	-	-	-	-	O	+	+	+	
Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten	-	-	+	+	O	-	-	+	+	-	-	+	-	+	
Medikamenteneinnahme 1977	+	-	+	+	-	-	-	+	+	-	O	+	+	-	
Schulausbildung 1977	-	-	-	-	O	-	+	-	-	-	O	+	+	+	
Frühere Schulausbildung	-	-	-	-	O	-	-	+	-	-	O	-	+	-	
Schulabschluß	-	O	+	+	O	-	+	+	+	O	-	-	-	-	
Art des Schulabschlusses	-	-	O	-	O	-	-	-	O	-	O	O	-	-	
Berufsausbildung	-	-	+	-	O	-	-	+	-	-	-	-	-	-	
Art der Berufsausbildung	-	O	-	-	O	-	-	-	O	-	O	-	-	-	
Abschluß der Berufsausbildung	-	-	+	-	O	-	-	-	-	-	O	+	+	-	
Berufstätigkeit 1977	-	O	-	-	O	-	-	+	O	O	O	O	+	O	
Arbeitslosigkeit	-	-	+	-	O	-	-	-	+	-	-	-	-	-	
Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit	-	-	-	-	O	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Wohnort 1977	-	+	+	-	O	-	-	-	-	+	O	+	+	-	
Freizeitkontakte	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	
Häufigkeit der Freizeitkontakte	-	O	-	-	O	+	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vereinsmitgliedschaft	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	
Eltern-Urteil über die Behandlung	-	O[2]	-	+[1]	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	
Wirkung der Behandlung auf das Kind	-	O[2]	-	+[1]	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	
Wirkung der Behandlung auf die Eltern-Kind-Beziehung	-	O[2]	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	

VI.3 Art, Stärke und Erklärung der einzelnen Zusammenhänge

VI.3.1 Zusammenhang: Auswärtige Therapie vor 1969 mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen bereits vor 1969 eine auswärtige Therapie wegen der Einweisungsgründe, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten, durchgeführt wurde, entwickelten sich im Vergleich mit Patienten, die vor der Aufnahme hier nicht behandelt wurden, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:

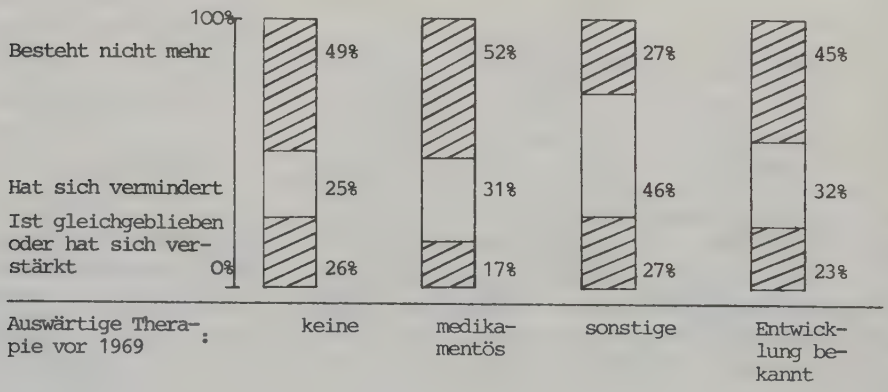


1) Unter dieser Spalte ist zum Vergleich die jeweilige Merkmalsverteilung beim Durchschnitt aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist, aus Kap. V. dargestellt.

- Die ehemaligen Symptome bestehen bei Kindern, die vor 1969 auswärts medikamentös behandelt wurden, im Jahr 1977 häufiger nicht mehr, haben sich seltener gebessert und sind ebenso oft gleichgeblieben oder haben sich verstärkt verglichen mit dem Durchschnitt aller Patienten, deren Entwicklung uns bekannt ist.
- Bei Kindern, die vor 1969 eine sonstige Therapie erhielten, bestehen die ehemaligen Symptome häufiger noch weiterhin als im Durchschnitt, haben sich häufiger gebessert, sind aber auch häufiger gleichgeblieben oder haben sich verstärkt.

  (CC korr. = 24,4 %)

Entwicklung der früheren familiären Belastung

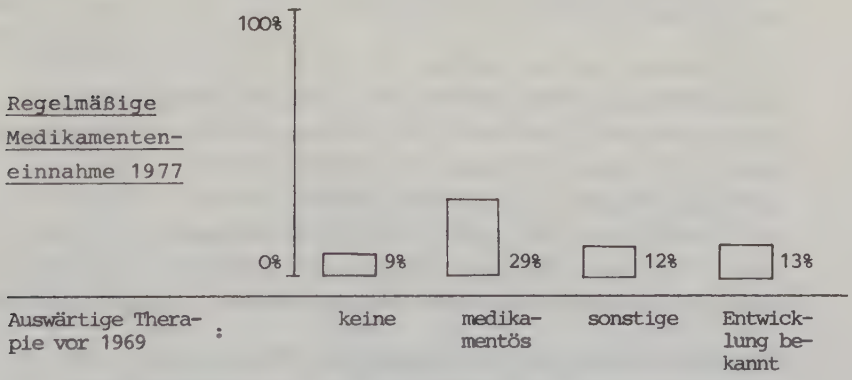


- Bei Kindern, die vor 1969 nicht in Behandlung waren, besteht die frühere familiäre Belastung häufiger nicht mehr, hat sich seltener vermindert und ist etwas häufiger gleichgeblieben oder hat sich verstärkt als im Durchschnitt.

- Bei Kindern, die vor 1969 in einer auswärtigen Therapie medikamentös behandelt wurden, besteht die frühere familiäre Belastung häufiger nicht mehr und ist seltener gleichgeblieben oder hat sich verstärkt als im Durchschnitt.

- Bei Kindern, die vor 1969 eine sonstige auswärtige Therapie erhielten, besteht die frühere familiäre Belastung häufiger weiterhin, hat sich aber häufiger vermindert und ist häufiger gleichgeblieben oder hat sich verstärkt im Vergleich mit dem Durchschnitt der Patienten.

  (CC korr. = 28,4 %)



- Von den ehemaligen Patienten, die vor 1969 auswärts eine medikamentöse Therapie erhielten, nehmen im Jahre 1977 weiterhin 29 % regelmäßig Medikamente ein.

  (CC korr. = 27,7 %)

Erklärung:

Die positive Korrelation einer auswärtigen medikamentösen Therapie vor 1969 mit der Entwicklung der damaligen Symptome erklärt sich z.T. damit, daß wegen Einnässen und/oder Einkoten eingewiesene Kinder relativ häufig vorher medikamentös behandelt wurden und sich besonders oft bis zur Symptomfreiheit entwickelten. (Allerdings entstanden bei diesen Kindern überdurchschnittlich häufig neue Symptome). Inwieweit sich die Symptome der vor 1969 medikamentös behandelten Patienten mit "körperlichen Auffälligkeiten" (überwiegend Patienten mit Anfällen und Absencen) ebenfalls so günstig entwickelten, läßt sich aus den vorliegenden Daten nur vermuten, zumal die Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" 60 % der vor 1969 medikamentös behandelten Patienten ausmacht und insgesamt eine bessere Symptomentwicklung zeigt als der Durchschnitt aller Patienten (vgl. Kap. IV. und V.).

Die Tendenz, daß Patienten, bei denen vor 1969 eine sonstige Therapie durchgeführt bzw. versucht wurde, seltener symptomfrei sind und sich häufiger gebessert haben, hängt wohl damit zusammen, daß diese Patienten überwiegend den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" (ohne Anfälle und Absencen) sowie "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen", also meist chronisch verlaufenden Erkrankungen angehören.

Der Zusammenhang der medikamentösen Therapie vor 1969 mit der positiven Veränderung familiärer Belastungen resultiert daraus, daß wegen Einnässen und/oder Einkoten eingewiesene Kinder die beste Entwicklungstendenz bezüglich familiärer Belastung aufweisen.

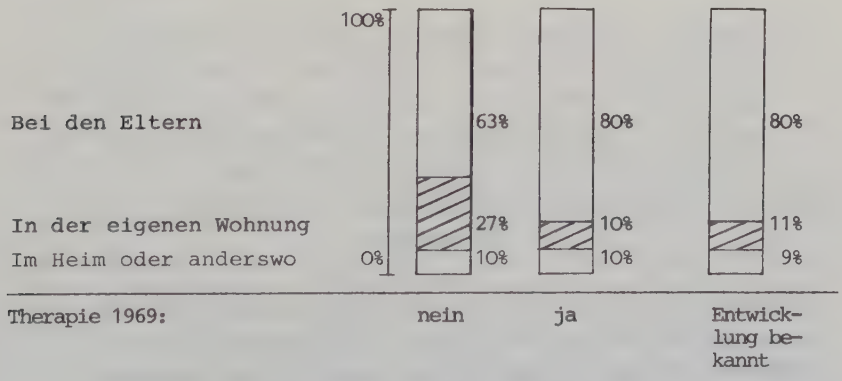
Bei den Patienten, die vor 1969 eine sonstige Therapie erhielten, wirkt sich sicherlich die schlechtere Entwicklung der Symptome belastend auf die Familie aus.

Daß 29 % der vor 1969 medikamentös behandelten Patienten 1977 weiterhin regelmäßig Medikamente einnehmen, läßt sich auf den hohen Anteil an Patienten mit Anfällen und Absencen in dieser Gruppe zurückführen (vgl. Art der Medikamente Kap. V.2.8).

VI.3.2 Zusammenhang: Therapie (ja, nein) bei der Aufnahme 1969 mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen bei der Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen keine Therapie durchgeführt wurde, entwickelten sich im Vergleich mit den Patienten, bei denen eine Therapie durchgeführt wurde, folgendermaßen weiter:

Wohnort 1977



- Ehemalige Patienten, bei denen 1969 keine Behandlung durchgeführt wurde, wohnen 1977 häufiger in der eigenen Wohnung und seltener bei den Eltern als der Durchschnitt der Patienten.

  (CC korr. = 16,7 %)

Familienstand

18 % der Patienten, bei denen 1969 keine Therapie durchgeführt wurde, waren verheiratet im Vergleich zu 4 % der Patienten, bei denen 1969 eine Therapie durchgeführt wurde.

(CC korr. = 18,3 %)

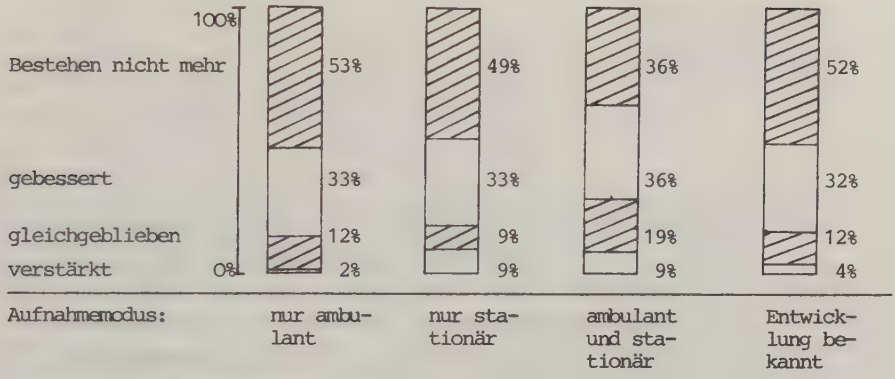
Erklärung:

Der größere Anteil an 1977 in der eigenen Wohnung Lebenden und Verheirateten unter den Patienten, bei denen keine Therapie durchgeführt wurde, resultiert aus Altersunterschieden. Da 70 % dieser nicht behandelten Patienten 1969 zum Gutachten - meist zum Gerichtsgutachten - in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kamen und somit damals zwischen 14 und 21 Jahre alt waren, ist es erklärlich, daß ein so hoher Prozentsatz von diesen im Jahre 1977 22 bis 29-jährigen in der eigenen Wohnung lebt und verheiratet ist.

VI.3.3 Zusammenhang: Aufnahmemodus mit weiterer Entwicklung

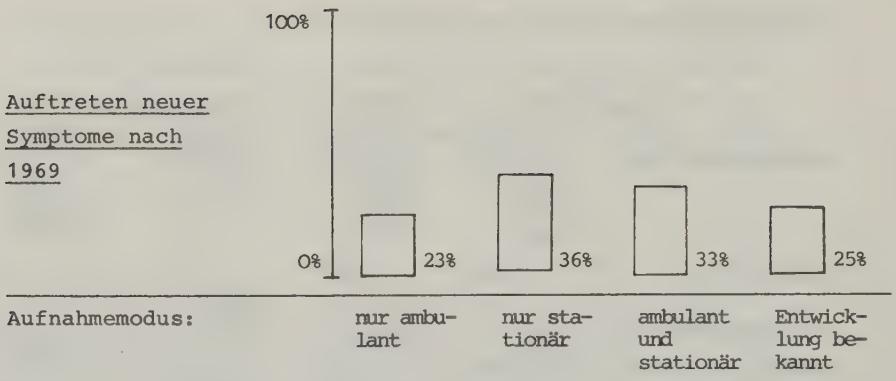
Ehemalige Patienten, die nur ambulant behandelt wurden, entwickelten sich im Vergleich mit Patienten, die nur stationär behandelt wurden bzw. ambulant und stationär behandelt wurden, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:



- Die ehemaligen Symptome entwickelten sich bei nur ambulant behandelten Patienten nahezu gleich wie beim Durchschnitt der Patienten.
- Bei nur stationär aufgenommenen Patienten haben sich die ehemaligen Symptome häufiger verstärkt als im Durchschnitt.
- Bei Patienten, die sowohl ambulant als auch stationär behandelt wurden, bestehen die ehemaligen Symptome im Vergleich häufiger weiterhin (64 % zu 48 %), haben sich etwas häufiger gebessert, sind aber häufiger gleichgeblieben und haben sich verstärkt als im Durchschnitt.

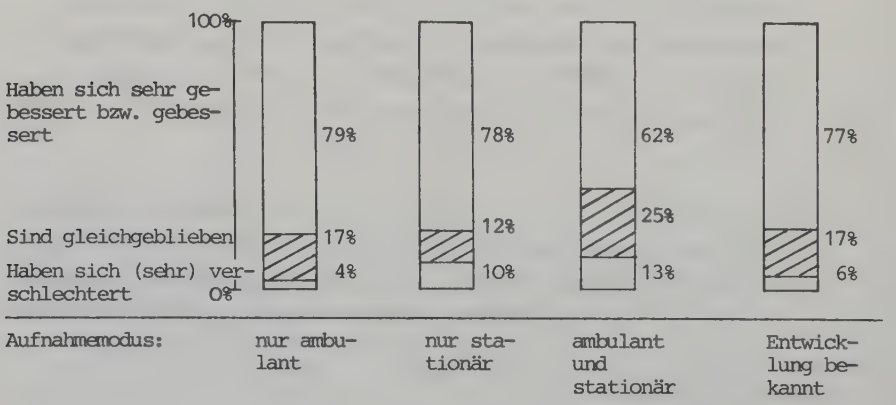
  (CC korr. = 24,3 %)



- Neue Symptome traten nach 1969 bei nur stationär behandelten (36 %) und bei ambulant und stationär behandelten Patienten (33 %) häufiger auf als im Durchschnitt.

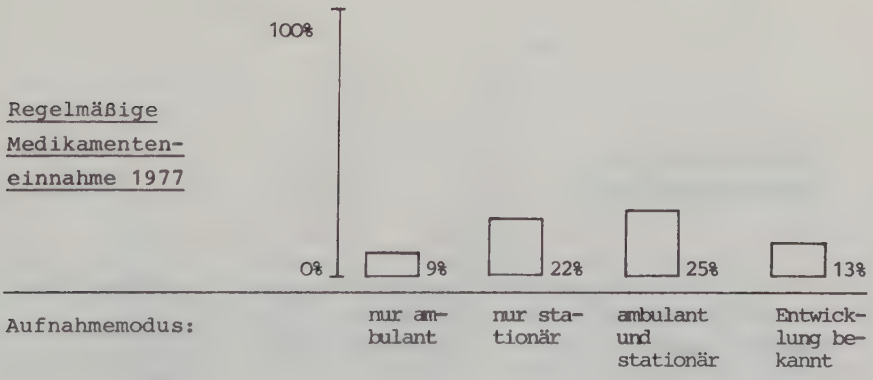
  (CC korr. = 16,1 %)

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten:



- Die früheren Kontaktschwierigkeiten entwickelten sich bei nur ambulant behandelten Patienten in etwa gleich wie beim Durchschnitt.
- Bei nur stationär behandelten Patienten haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten ebenso oft wie im Durchschnitt (sehr) gebessert, sind seltener gleichgeblieben und haben sich öfter (sehr) verschlechtert.
- Bei ambulant und stationär behandelten Patienten haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten im Vergleich seltener (sehr) gebessert, sind häufiger gleichgeblieben und haben sich häufiger (sehr) verschlechtert.

(CC korr. = 20,8 %)



- Ehemalige Patienten, die nur stationär bzw. ambulant und stationär behandelt wurden, nehmen 1977 häufiger regelmäßig Medikamente ein als der Durchschnitt der Patienten (22 %, 25 % zu 13 %).

(CC korr. = 26,6 %)

Einen Schulabschluß hatten 1977 (jeweils bezogen auf die Kinder, die 1977 nicht mehr die Schule besuchten)

93 % der nur ambulant behandelten Kinder

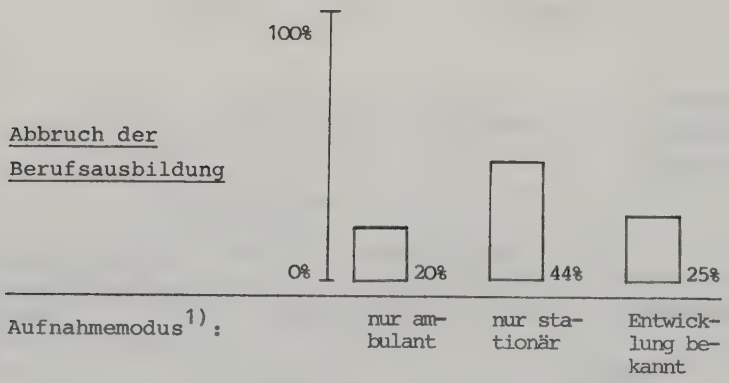
77 % der nur stationär bzw. stationär und ambulant behandelten Kinder

(89 % der Kinder, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 17,4 %)

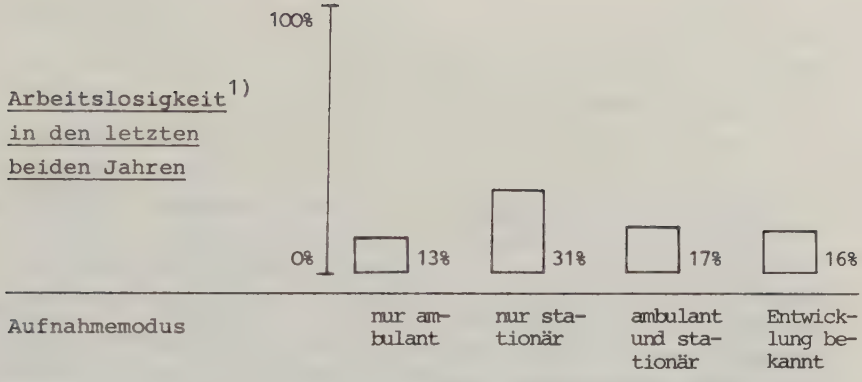
In einer Berufsausbildung[1] waren bis zum Jahr 1977 (von den Kindern, welche arbeitsfähig waren und nicht mehr zur Schule gingen) nur 73 % der Kinder, die nur stationär behandelt wurden im Vergleich zu 85 % der Kinder, die nur ambulant behandelt wurden.

(CC korr. = 30,5 %)



- Von den nur stationär behandelten Patienten haben 44 % eine begonnene Berufsausbildung abgebrochen im Vergleich zu 20 % bei den nur ambulant behandelten. (CC korr. = 32,4 %)

1) Die Ausprägung ambulant und stationär konnte aufgrund der kleinen Zahl mathematisch nicht mit in die Signifikanzberechnung aufgenommen werden.



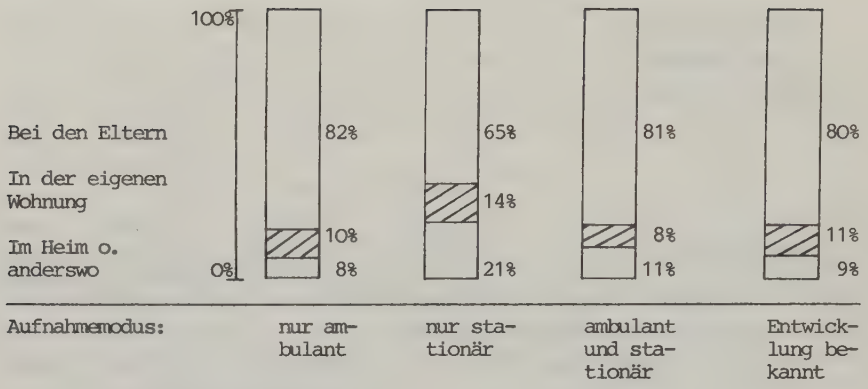
- Ehemalige Patienten, die nur stationär behandelt wurden, waren mit 31 % deutlich häufiger arbeitslos in den beiden Jahren vor der Nachuntersuchung 1977 als der Durchschnitt (16 %).

  (CC korr. = 22,5 %)

---

1) Berücksichtigt sind hier nur diejenigen ehemaligen Patienten, die laut Angaben der Eltern dazu nicht zu jung waren.

Wohnort 1977



- Ehemalige Patienten, die nur stationär aufgenommen wurden, lebten 1977 seltener bei den Eltern, etwas häufiger in der eigenen Wohnung und doppelt so oft im Heim oder anderswo als der Durchschnitt der Patienten.
- Der jetzige Wohnort der nur ambulant bzw. ambulant und stationär aufgenommenen ehemaligen Patienten unterscheidet sich kaum vom Durchschnitt aller Patienten.

  (CC korr. = 20,5 %)

Vereinsmitglieder waren

50 % der nur ambulant behandelten
37 % der nur stationär behandelten
35 % der ambulant und stationär behandelten Patienten
(47 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist)

(CC korr. = 17,1 %)

Erklärung:

Die Tatsache, daß der Aufnahmemodus: "nur stationär" bzw. "ambulant und stationär" eindeutig negativ mit der Entwicklung der ehemaligen Probleme, dem Auftreten neuer Symptome, der Veränderung früherer Kontaktschwierigkeiten, dem Erreichen eines Schulabschlusses, dem Eintreten in eine Berufsausbildung bzw. dem Abbruch dieser, der Zahl der Vereinsmitglieder, regelmäßiger Medikamenteneinnahme 1977 sowie der Häufigkeit der Heimunterbringung zusammenhängt, ist sicherlich nicht Folge der stationären bzw. ambulanten und stationären Behandlung, sondern kann durch die Verteilung der verschiedenen Symptomgruppen erklärt werden.

Entsprechend den Aufgaben der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, nämlich der "stationären Diagnostik, wo dies für die Vornahme bestimmter Untersuchungen oder zur Klärung durch Beobachtungssituationen unumgänglich ist" sowie der "kurzfristigen stationären Behandlung bei Störungen ..., die eine intensive multidisziplinäre Versorgung erforderlich machen" sowie "zur Vorbereitung ambulanter Weiterbehandlung" (vgl. Kap. II.2.1) setzt sich das nur stationär bzw. ambulant und stationär behandelte Patientengut mehrheitlich aus Kindern und Jugendlichen mit höherem Schweregrad[1)] der Einweisungsgründe zusammen.

Da bei diesen die Patienten mit stationär abklärungs- bzw. behandlungsbedürftigen körperlichen Auffälligkeiten, schweren Verhaltensstörungen, ambulant therapierefraktären Enuresis und/oder Enkopresis, Entwicklungshemmungen, Autismus, kindlichen Psychosen (aufgelistet nach der absoluten Häufigkeit) sowie die Patienten mit mehreren Einweisungsgründen (vgl. Kap. IV.2.3), insgesamt also Patienten mit z.T. chronischen Erkrankungen

---

1) Zur Definition des Schweregrades der einzelnen Einweisungsgründe s. Inge Leidinger, Teil I der Gesamtuntersuchung

sowie mit primär schlechterer Prognose überwiegen, kann man den Schluß ziehen, daß der Zusammenhang: nur stationäre, bzw. ambulante und stationäre Aufnahme - ungünstige weitere Entwicklung durch die Art und Schwere der Symptomatik bedingt ist.

Im folgenden möchte ich unter Bezug auf Kap. V nur auf die Zusammenhänge eingehen, bei denen einzelne Symptomgruppen einen besonderen Einfluß auf Merkmale der weiteren Entwicklung haben.

Unabhängig vom Aufnahmemodus zeigen Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" sowie Patienten mit mehreren Einweisungsgründen eine schlechtere Entwicklung der ehemaligen Probleme und früherer Kontaktschwierigkeiten sowie gemeinsam mit den Patienten der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" ein häufigeres Auftreten neuer Symptome.

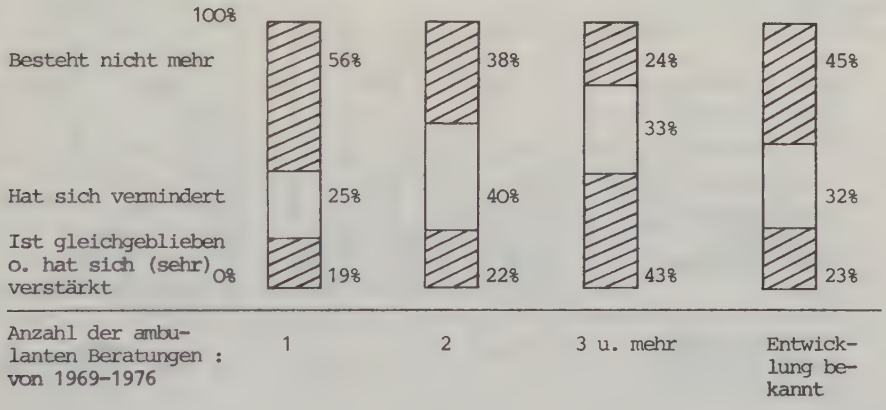
Daß 22 % der nur stationär bzw. 25 % der ambulant und stationär aufgenommenen Patienten 1977 weiterhin regelmäßig Medikamente einnehmen, ist auf den hohen Anteil an Patienten mit Anfällen und Absencen zurückzuführen (vgl. Art der Medikamente Kap. V.2.8).

Der Zusammenhang nur stationäre Aufnahme und häufiger Wohnort 1977 "Im Heim oder anderswo" läßt sich damit erklären, daß bei einem Teil der nur stationär aufgenommenen Patienten aufgrund der Art der Erkrankung oder der familiären Situation eine weitere ambulante Behandlung nicht möglich bzw. die Frage der Unterbringung außerhalb des Elternhauses der Grund für die stationäre Aufnahme war.

VI.3.4 Zusammenhang: Anzahl der ambulanten Beratungen (von 1969-1976) mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen von 1969-1976 eine oder mehrere ambulante Beratungen durchgeführt wurden, entwickelten sich in Abhängigkeit von der Anzahl der ambulanten Beratungen folgendermaßen weiter:

Entwicklung der früheren familiären Belastung

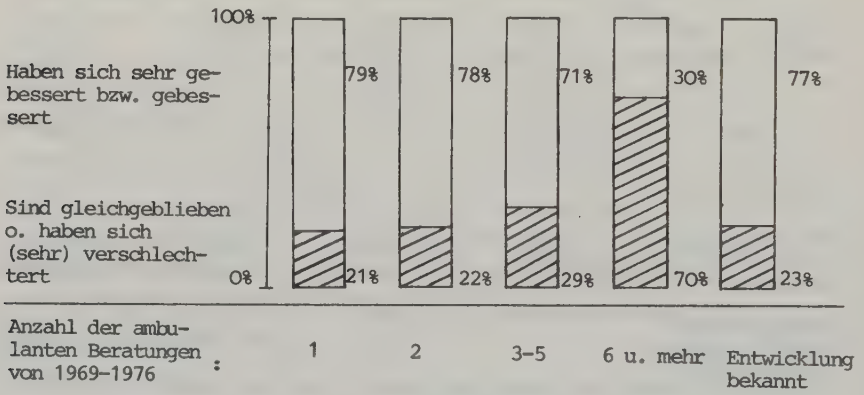


- Bei Kindern, die einmal in ambulanter Beratung waren, besteht im Jahre 1977 die familiäre Belastung häufiger nicht mehr, hat sich seltener vermindert und ist seltener gleichgeblieben oder hat sich (sehr) verstärkt als im Durchschnitt der Patienten.
- Bei Kindern, die zu zwei ambulanten Beratungen kamen, besteht die familiäre Belastung häufiger weiterhin als im Durchschnitt, hat sich aber häufiger vermindert und ist ebenso oft gleichgeblieben oder hat sich verstärkt.
- Nur bei 24 % der Kinder, die zu drei und mehr ambulanten Beratungen kamen, besteht die frühere familiäre Be-

lastung nicht mehr; sie hat sich ebenso oft vermindert wie im Durchschnitt, ist aber häufiger gleichgeblieben oder hat sich (sehr) verstärkt (43 % zu 23 % durchschnittlich).

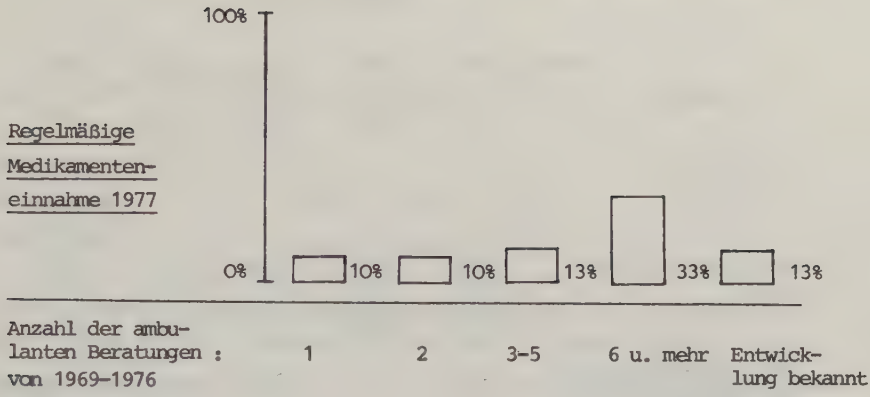
(CC korr. = 31,6 %)

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten



- Die früheren Kontaktschwierigkeiten sind bei 29 % der Patienten, die 3-5 mal zur ambulanten Beratung kamen, gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert, bei 70 % der Patienten, die mehr als fünfmal zur ambulanten Beratung kamen, sind die früheren Kontaktschwierigkeiten gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert; im Vergleich hierzu sind sie im Durchschnitt nur bei 23 % aller Patienten gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert.

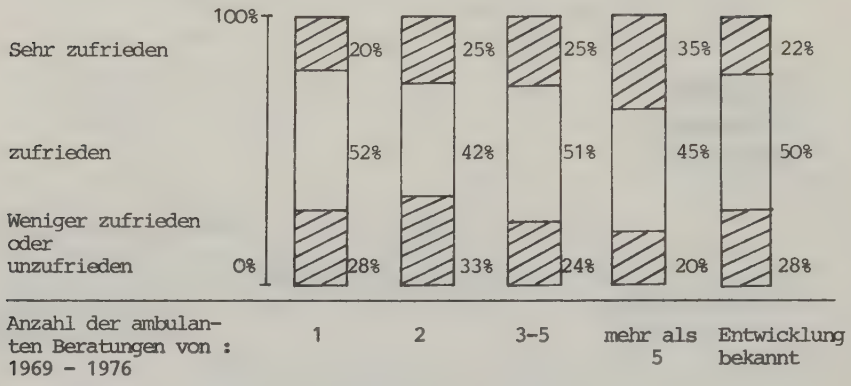
  (CC korr. = 25,8 %)



- Ehemalige Patienten, die zu 6 oder mehr ambulanten Beratungen kamen, nehmen 1977 häufiger regelmäßig Medikamente ein (33 %) als der Durchschnitt der Patienten (13 %).

  (CC korr. = 23,7 %)

Eltern-Urteil über die Behandlung[1)]

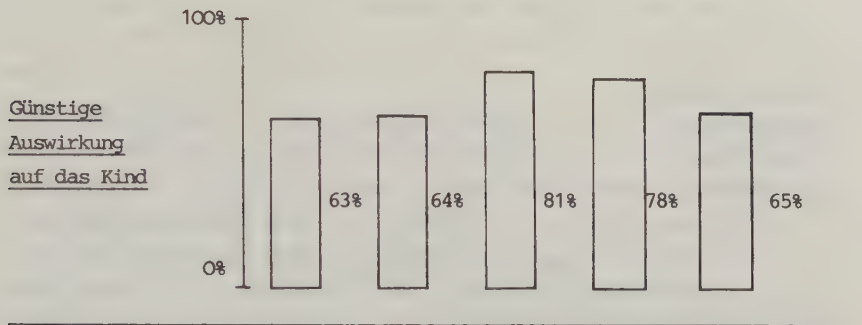


- Das Urteil der Eltern, die nur einmal in einer ambulanten Beratung waren, stimmt nahezu mit dem durchschnittlichen Urteil überein.
- Eltern, die zweimal zur ambulanten Beratung kamen, waren verglichen mit dem Durchschnitt, etwas häufiger sehr zufrieden (25 % zu 22 %), seltener zufrieden (42 % zu 50 %) und häufiger weniger zufrieden oder unzufrieden (33 % zu 28 %).
- Eltern, die drei- bis fünfmal zur ambulanten Beratung kamen, waren verglichen mit dem Durchschnitt, häufiger sehr zufrieden oder zufrieden (76 % zu 72 %) und seltener weniger zufrieden oder unzufrieden (24 % zu 28 %).
- Eltern, die mehr als fünfmal zur ambulanten Beratung kamen, waren verglichen mit dem Durchschnitt häufiger sehr zufrieden oder zufrieden (80 % zu 72 %) und seltener weniger zufrieden oder unzufrieden (20 % zu 28 %).

---

1) Mathematisch nicht signifikant.

Elternurteil über die Behandlung[1)]

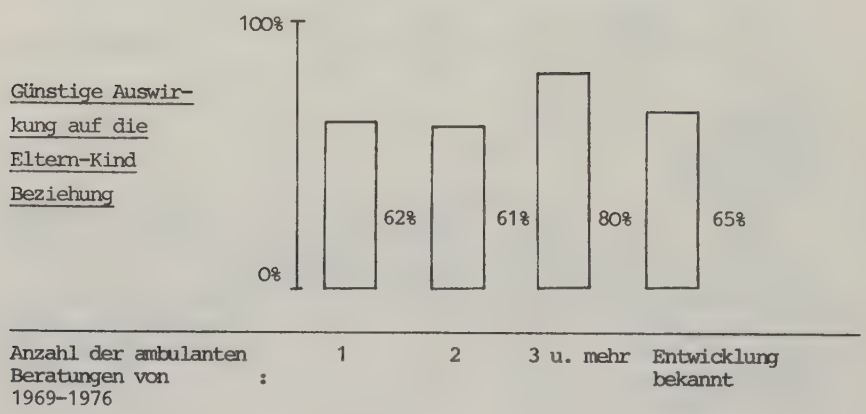


- Eltern, die 3-5mal bzw. 6mal und öfter in der ambulanten Beratung waren, gaben häufiger eine günstige Auswirkung der Behandlung auf ihr Kind an (81 % bzw. 78 %) als der Durchschnitt (65 %).

---

1) Mathematisch nicht signifikant.

Elternurteil über die Behandlung



- Eltern, die zu drei und mehr ambulanten Beratungen kamen, gaben häufiger eine günstige Auswirkung der Behandlung auf das Verhältnis zu ihrem Kind an (80 %) als im Durchschnitt (65 %).

  (CC korr. = 18,2 %)

Erklärung:

Die Tendenz, daß sich mit zunehmender Anzahl der Beratungen die früheren Kontaktschwierigkeiten sowie die frühere familiäre Belastung ungünstiger entwickeln, läßt sich zum Teil mit der Verteilung verschiedener Symptomgruppen erklären.

So gehören 65 % der mehr als zweimal bzw. 81 % der öfter als fünfmal beratenen Patienten den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung,

Autismus, kindliche Psychosen" an, wobei gerade diese beiden Gruppen bezüglich der Veränderung der früheren Kontaktschwierigkeiten und der früheren familiären Belastung eine schlechtere Entwicklung als die anderen Untergruppen aufweisen (vgl. Kap. IV. und V.).

Inwieweit durch die mehrmalige Beratung, die ja darauf abzielt, "pathogene Reaktionen und Haltungen (der Eltern) zu korrigieren, jedoch keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur bewirken kann" (s. Kap. II.2.1), eine neurotisch stabilisierte Familienkonstellation nur erschüttert und damit eher eine Verstärkung der familiären Belastung bewirkt wurde, kann allein aufgrund der statistischen Daten nicht beurteilt werden.

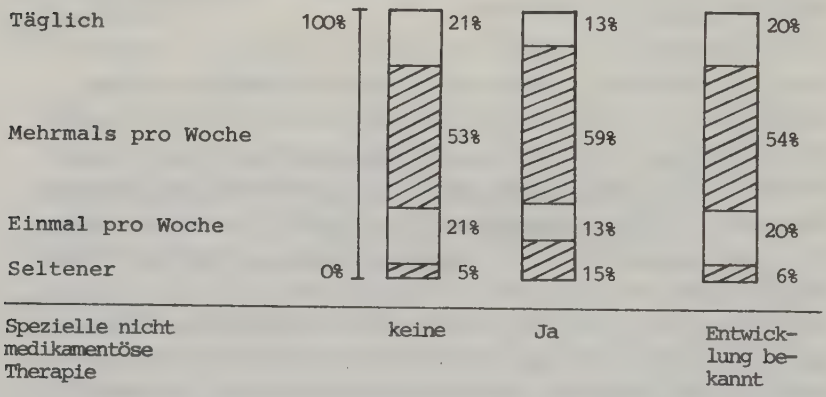
Der Zusammenhang zwischen zunehmender Anzahl der Beratungen und günstigem Elternurteil über die Behandlung läßt sich nicht wie oben mit der Verteilung der Krankheitsgruppen erklären; es ist im Gegenteil sogar so, daß gerade bei den Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" - unabhängig von der Häufigkeit der Beratungen - das Urteil der Eltern über die Behandlung am ungünstigsten von allen Untergruppen ausfällt (vgl. Kap. V.). Demnach wirkt sich die Anzahl der Beratungen nach dem Urteil der Eltern eindeutig positiv auf das Kind, die Eltern-Kind Beziehung sowie auf die Zufriedenheit mit der Behandlung aus. Interessanterweise beurteilen die Eltern die Behandlung so positiv, obwohl sich auch bei mehrmaliger Beratung weder die frühere familiäre Belastung und die Kontaktschwierigkeiten verminderten noch eine - zumindest statistisch signifikante - bessere Entwicklung der ehemaligen Probleme sich nachweisen läßt.

Die positive Korrelation zwischen steigender Zahl der ambulanten Beratungen und regelmäßiger Medikamenteneinnahme 1977 erklärt sich wie im vorhergehenden Kapitel damit, daß sich unter den langfristig betreuten Patienten besonders viele mit Anfällen und Absencen befinden.

VI.3.5 Zusammenhang: Spezielle nicht medikamentöse Therapie mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen im Rahmen der ambulanten bzw. stationären Behandlung eine spezielle nicht medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurde, zeigten im Vergleich mit den anderen Patienten folgende weitere Entwicklung:

Häufigkeit der Freizeitkontakte



- Ehemalige Patienten, die eine spezielle nicht medikamentöse Therapie erhielten, haben 1977 verglichen mit dem Durchschnitt seltener "täglich" Kontakt mit Freunden (13 % zu 20 %), häufiger "mehrmals pro Woche" (49 % zu 54 %), seltener "einmal pro Woche" (13 % zu 20 %) und öfters "seltener" (15 % zu 6 %).

  (CC korr. = 19,8 %)

Erklärung:

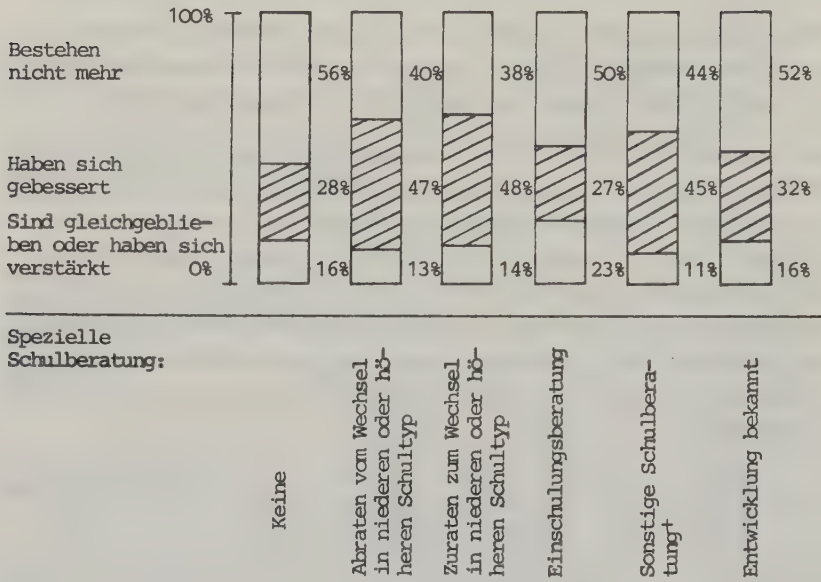
Die Tendenz, daß Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine spezielle nicht medikamentöse Therapie erhielten, weniger häufige Freizeitkontakte haben, läßt sich z.T. mit der Verteilung der Krankheitsgruppen erklären.

So treffen sich Kinder der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten", die 55 % der Patienten ausmachen, die eine spezielle nicht medikamentöse Therapie erhielten, doppelt so häufig seltener als einmal pro Woche mit ihren Freunden wie im Durchschnitt (s. Kap. IV. und V.). Inwieweit die Schwere der Symptomatik und die Art der Behandlung auch der anderen Untergruppen die Häufigkeit der Freizeitkontakte mitbeeinflussen, läßt sich aus den statistischen Daten allein nicht beurteilen.

VI.3.6 Zusammenhang: Schulberatung mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen eine eingehende Schulberatung durchgeführt wurde, entwickelten sich im Vergleich zu den Patienten, die keine Schulberatung erhielten, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der ehemaligen Symptome



- Die ehemaligen Symptome bestehen bei allen Patienten - unabhängig vom Einweisungsgrund -, bei denen keine Schulberatung durchgeführt wurde, im Jahre 1977 häufiger nicht mehr als im Durchschnitt (56 % zu 52 %) und haben sich seltener gebessert (28 % zu 32 %).
- Bei Patienten, denen vom Wechsel des Schultyps abgeraten wurde, bestehen in 60 % die ehemaligen

---

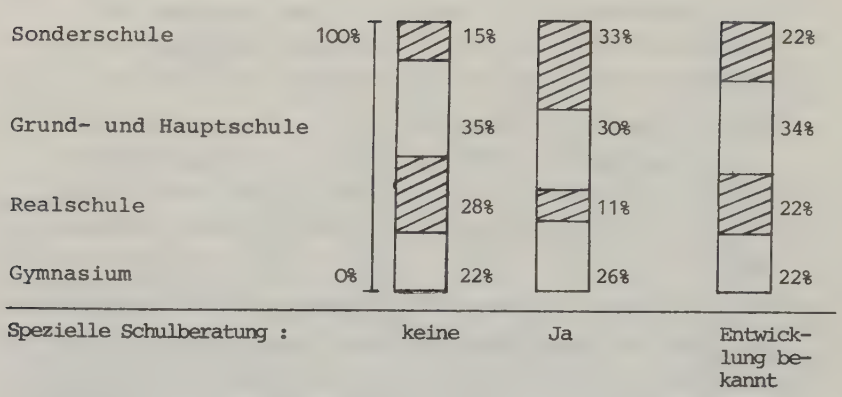
+ Unter diesem Punkt sind die Ausprägungen: Ausschulen, Zuraten zur Anmeldung im Sonderkindergarten, Zuraten zusätzlicher schulischer Betreuung sowie sonstige Schulberatung zusammengefaßt, da sie sich in Bezug auf die Ausprägungen der Symptomentwicklung maximal um 2 % unterschieden.

Symptome im Jahre 1977 weiterhin im Vergleich zu 48 % im Durchschnitt, haben sich aber häufiger gebessert (47 % zu 32 %) und sind etwas seltener gleich geblieben oder haben sich verstärkt (13 % zu 16 %).

- Verglichen mit dem Durchschnitt, bestehen die ehemaligen Symptome bei Patienten, denen zu einem Wechsel des Schultyps geraten wurde, häufiger weiterhin (62 % zu 48 %), haben sich aber häufiger gebessert (48 % zu 32 %).
- Bei Patienten, die zur Einschulungsberatung kamen, bestehen die ehemaligen Symptome ebenso oft nicht mehr wie im Durchschnitt, haben sich aber seltener gebessert (27 % zu 32 %) und sind häufiger gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (23 % zu 16 %).
- Bei Patienten, die zu einer sonstigen Schulberatung kamen, bestehen die ehemaligen Symptome häufiger weiterhin als im Durchschnitt (56 % zu 48 %), haben sich aber öfter gebessert (45 % zu 32 %) und sind seltener gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (11 % zu 16 %).

(CC korr. = 23,7 %)

Schulausbildung 1977



- Verglichen mit den Durchschnittswerten besuchten im Jahr 1977 die Kinder, die eine spezielle Schulberatung erhalten hatten, häufiger die Sonderschule (33 % zu 22 %), etwas seltener die Grund- und Hauptschule (30 % zu 34 %), seltener die Realschule (11 % zu 22 %) und etwas häufiger das Gymnasium (26 % zu 22 %).

  (CC korr. = 36,5 %)

Einen Schulabschluß hatten 1977
(jeweils bezogen auf die Kinder, die 1977 nicht mehr die Schule besuchten)

90 % der Kinder, bei denen keine Schulberatung durchgeführt wurde

85 % der Kinder, bei denen von einem Wechsel des Schultyps abgeraten wurde

78 % der Kinder, bei denen zu einem Wechsel des Schultyps geraten wurde

90 % der Kinder, bei denen eine sonstige Schulberatung[1] durchgeführt wurde

89 % aller Kinder, deren Entwicklung bekannt ist.

(CC korr. = 19,6 %)

Freizeitkontakte mit Freunden und Bekannten gaben relativ weniger Patienten an, bei denen eine Schulberatung durchgeführt wurde, (68 %) im Vergleich zu 77 % der Patienten, die nicht speziell in diesem Bereich beraten wurden.

(CC korr. = 15,3 %)

Erklärung:

Die Tatsache, daß Patienten, bei denen eine eingehende Schulberatung durchgeführt wurde, 1977 häufiger die Sonderschule bzw. das Gymnasium besuchten, läßt sich zum Teil mit der Verteilung bestimmter Symptomgruppen erklären.

So gingen Patienten der Gruppe "nur Schulschwierigkeiten" 1977 unabhängig von der Art der Schulberatung häufiger aufs Gymnasium, Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" häufiger in die Sonderschule als der Durchschnitt, wobei diese beiden Gruppen mehr als 50 % der eingehend wegen schulischer Probleme beratenen Patienten ausmachen.

---

1) Unter sonstige Schulberatung sind hier folgende Ausprägungen zusammengefaßt: Einschulungsberatung, Zuraten zur Anmeldung im Sonderkindergarten sowie Zuraten zu zusätzlicher schulischer Betreuung.

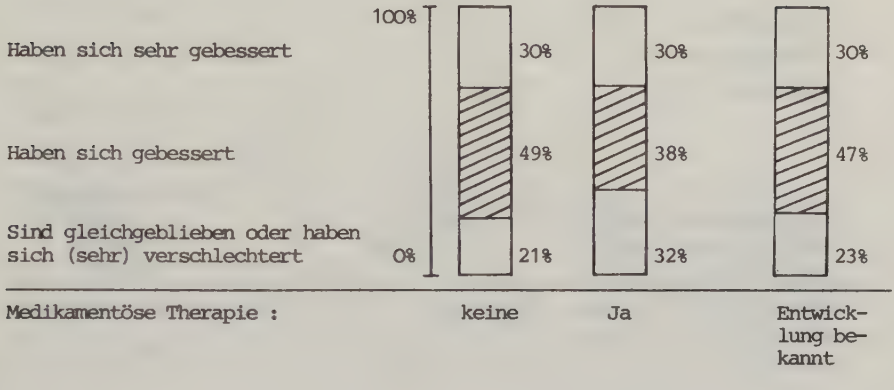
Bezüglich der eindeutig negativen Korrelation zwischen Schulberatung und weiterer Entwicklung der ehemaligen Symptome und regelmäßiger Freizeitkontakte läßt sich vermuten, daß die Patienten, bei denen zusätzlich zu anderen Symptomen Probleme im schulischen Bereich auftraten, eine ungünstigere Entwicklung in den angeführten Merkmalen zeigen, zumal Patienten der Gruppe "nur Schulschwierigkeiten" 1977 im Durchschnitt häufiger symptomfrei waren und mehr Freizeitkontakte hatten.

Da im Kap. V. das Merkmal "Schulabschluß" nicht in Untergruppen differenziert werden konnte, läßt sich mit Hilfe des vorliegenden statistischen Materials nicht beurteilen, inwieweit die Verteilung der Symptomgruppen bei den Patienten, bei denen eine Schulberatung durchgeführt wurde, mit dem Erreichen eines Schulabschlusses korreliert.

VI.3.7 Zusammenhang: Medikamentöse Therapie mit weiterer Entwicklung

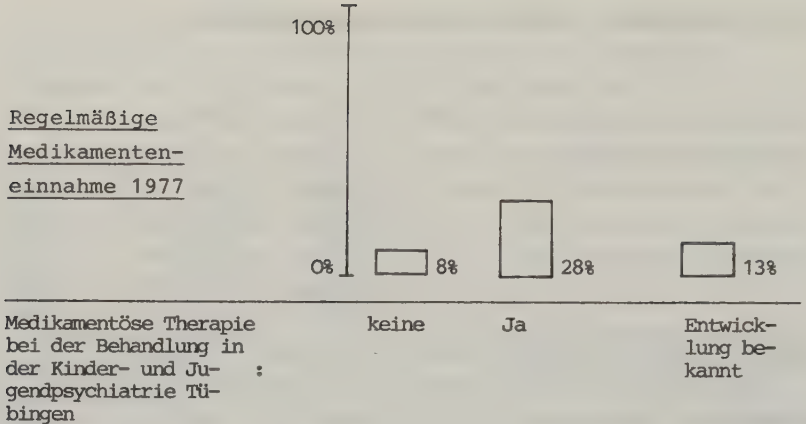
Ehemalige Patienten, bei denen im Rahmen der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen eine medikamentöse Therapie durchgeführt wurde, entwickelten sich im Vergleich mit den Patienten, die nicht medikamentös behandelt wurden, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten



- Die früheren Kontaktschwierigkeiten entwickelten sich bei Patienten, die nicht medikamentös behandelt wurden, in etwa gleich wie beim Durchschnitt.
- Bei ehemaligen Patienten, die medikamentös behandelt wurden, haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten verglichen mit dem Durchschnitt ebenso häufig sehr gebessert (30 %), seltener sich gebessert (38 % zu 47 %) und sind häufiger gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert als im Durchschnitt (32 % zu 23 %).

  (CC korr. = 24,0 %)



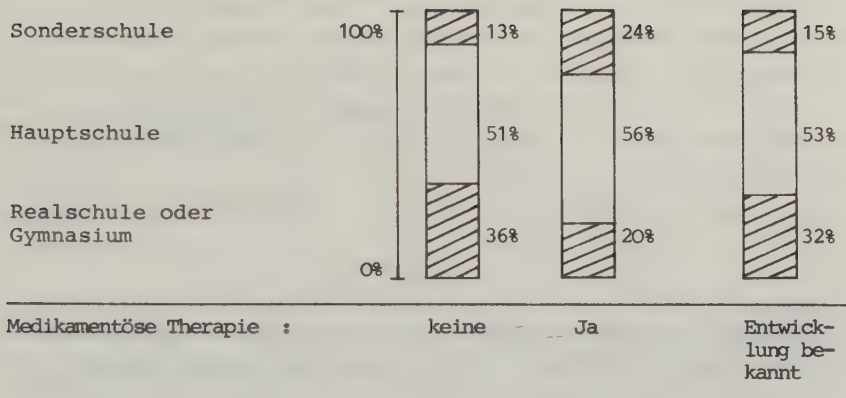
Medikamentöse Therapie bei der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen :

- Von den Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht medikamentös behandelt wurden, nehmen 1977 8 % regelmäßig Medikamente ein.

- 28 % der Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie medikamentös behandelt wurden, nehmen 1977 regelmäßig Medikamente ein verglichen mit 13 % im Durchschnitt.

  (CC korr. = 34,6 %)

Früherere Schulausbildung



- Von den ehemaligen Patienten, die medikamentös behandelt wurden und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht mehr die Schule besuchten, waren zuvor, verglichen mit den Durchschnittswerten, relativ mehr in Sonderschulen (24 % zu 18 %) und Hauptschulen (56 % zu 53 %), relativ weniger in Realschulen oder Gymnasien.
- Ehemalige Patienten, die nicht medikamentös behandelt wurden, waren zuvor etwas häufiger in der Realschule oder im Gymnasium (36 % zu 32 %), ansonsten entspricht die frühere Schulausbildung dem Durchschnitt der Patienten.

  (CC korr. = 23,6 %)

Einen Schulabschluß hatten 1977 (jeweils bezogen auf die Kinder, die 1977 nicht mehr die Schule besuchten)

73 % der medikamentös behandelten Kinder
93 % der nicht medikamentös behandelten Kinder
(89 % aller Kinder, deren Entwicklung bekannt ist)

(CC korr. = 20,3 %)

In einer Berufsausbildung waren bis zum Jahr 1977 74 % der Kinder, bei denen eine medikamentöse Therapie durchgeführt wurde im Vergleich zu 85 % der Kinder, die nicht medikamentös behandelt wurden. Im Durchschnitt waren bis zum Jahr 1977 82 % aller Kinder, deren Entwicklung bekannt ist, in einer Berufsausbildung (immer jeweils bezogen auf die Kinder, die arbeitsfähig waren und nicht mehr zur Schule gingen).

(CC korr. = 19,0 %)

Berufstätig waren im Jahre 1977 (jeweils bezogen auf die ehemaligen Patienten, die 1977 weder zur Schule gingen noch in einer Berufsausbildung waren)

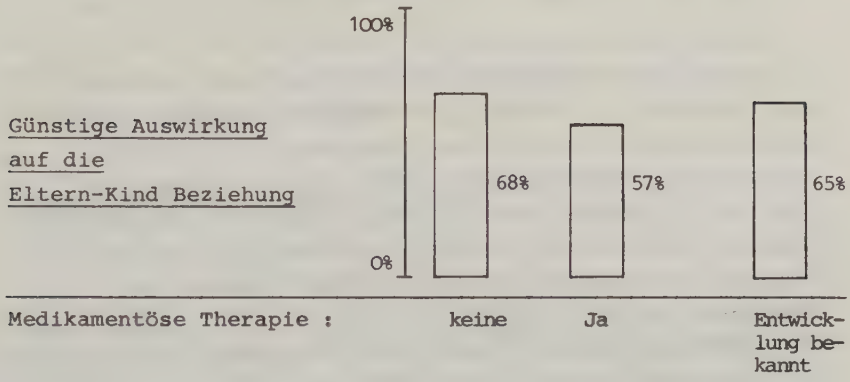
74 % der Patienten, die nicht medikamentös behandelt wurden

50 % der Patienten, die medikamentös behandelt wurden

(64 % aller ehemaligen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist)

(CC korr. = 8,2 %)

Elternurteil über die Behandlung



- Eltern, bei deren Kinder eine medikamentöse Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurde, gaben seltener eine günstige Auswirkung der Behandlung auf das Verhältnis zu ihrem Kind an (57 %) als der Durchschnitt (65 %).

  (CC korr. = 14,0 %)

Erklärung:

Der eindeutig negative Zusammenhang zwischen einer medikamentösen Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten, der Schulausbildung und des Schulabschlusses, der Berufsausbildung und der Berufstätigkeit 1977 sowie dem Urteil der Eltern über die Behandlung kann in keinem dieser Zusammenhänge mit der Verteilung bestimmter Symptomgruppen erklärt werden.

Die beiden Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Einnässen und/oder Einkoten" machen zwar zusammen 76 % (49 %

zu 27 %) der medikamentös behandelten Patienten aus (s. Kap. IV.), in den oben angeführten Merkmalen zeigen sie aber keine vom Durchschnitt abweichende Entwicklung (s. Kap. V.).

Da aus der Gruppe "körperliche Auffälligkeiten überwiegend Patienten mit Anfällen und Absencen medikamentös behandelt wurden, kann in dieser Symptomatik ein Grund für die ungünstige Entwicklung gesehen werden. Zu überlegen ist auch die Frage, inwieweit bei der medikamentösen Therapie von Patienten mit Anfällen und Absencen sowie bei Patienten der Gruppe "Einnässen und/oder Einkoten" nur symptomorientiert behandelt und andere Bereiche wie Kontaktschwierigkeiten, Schule und Berufsausbildung vernachlässigt wurden, worauf auch das Urteil der Eltern der medikamentös behandelten Patienten hinweisen würde, die seltener eine günstige Auswirkung der Behandlung auf die Eltern-Kind Beziehung angaben.

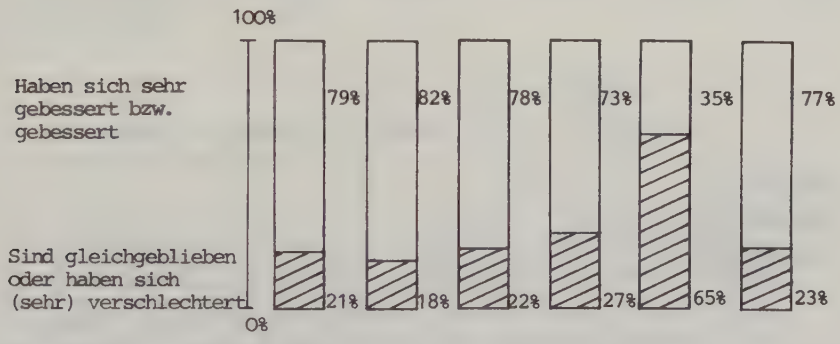
Die positive Korrelation zwischen medikamentöser Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und regelmäßige Medikamenteneinnahme 1977 läßt sich durch den hohen Anteil der Patienten mit Anfällen und Absencen erklären.

Interessant ist hier auch die Art der Medikamente. Abgesehen von sonstigen Medikamenten erhielten von den 267 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem 1969 medikamentös behandelten Patienten 47 % (124) Antiepileptika, 24 % (65) Thymoleptika und 29 % (78) Tranquilizer, Neuroleptica und sonstige Psychopharmaka. Bei den Patienten, die 1977 regelmäßig Medikamente einnehmen, erhalten - wiederum abgesehen von sonstigen Medikamenten - 73 % (38) Antiepileptika, O % Thymoleptica und 27 % (14) Tranquilizer, Neuroleptika und sonstige Psychopharmaka.

VI.3.8 Zusammenhang: Dauer der 1. Behandlungsperiode mit weiterer Entwicklung

Zwischen der Dauer der ersten Behandlungsperiode und den Merkmalen der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten bestehen folgende Zusammenhänge:

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten



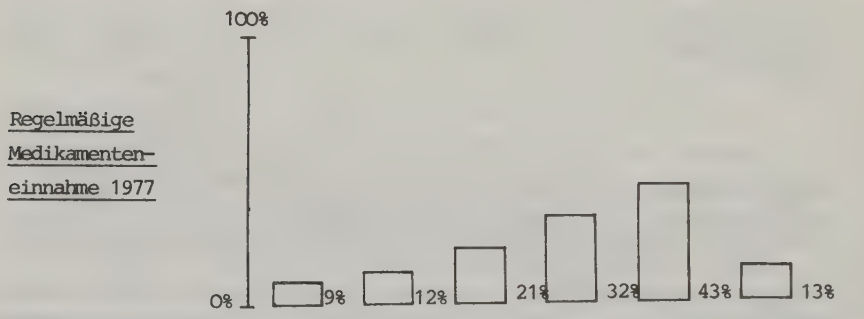
Dauer der ersten Behandlungsperiode: in Monaten	undefiniert[1]	bis zu 2 M.	3-6 M.	7-12 M.	mehr als 12 M.	Entwicklung bekannt

- Bei 73 % - 82 % der ehemaligen Patienten, die nach Angaben der Eltern 1969 Kontaktschwierigkeiten hatten und bei denen die 1. Behandlungsperiode bis zu 12 Monaten dauerte, haben sich diese bis zum Jahre 1977 sehr gebessert bzw. gebessert.

1) Die in dieser Spalte aufgeführten Patienten setzen sich zu 95 % aus den Patienten zusammen, bei denen nur eine einmalige Beratung durchgeführt wurde.

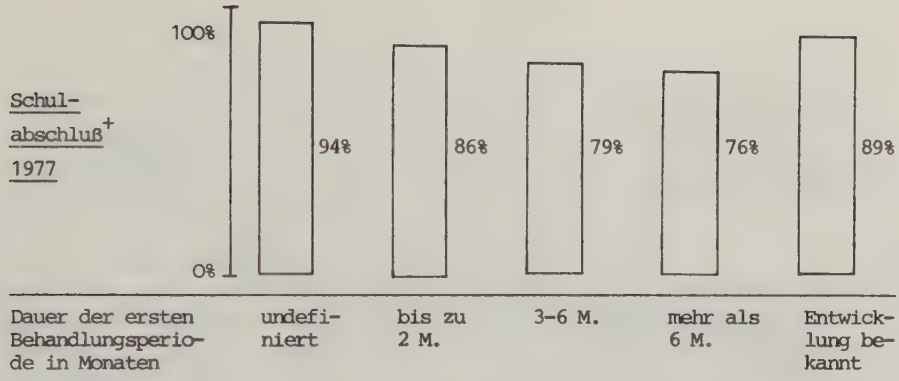
- Bei ehemaligen Patienten, die nach Angaben der Eltern 1969 Kontaktschwierigkeiten hatten und bei denen die 1. Behandlungsperiode länger als 12 Monate dauerte, hatten sich diese Kontaktschwierigkeiten nur bei 35 % der Patienten sehr gebessert bzw. gebessert, bei 65 % sind sie gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert.

  (CC korr. = 34,8 %)



- Parallel mit der Zunahme der Dauer der 1. Behandlungsperiode steigt der Anteil der ehemaligen Patienten, die 1977 regelmäßig Medikamente einnehmen. Bei einer Behandlungsdauer von 7-12 Monaten sind es 21 %, bei 13-36 Monaten 32 % und bei einer Dauer von mehr als 36 Monaten sind es 43 % der ehemaligen Patienten, die 1977 regelmäßig Medikamente einnehmen.

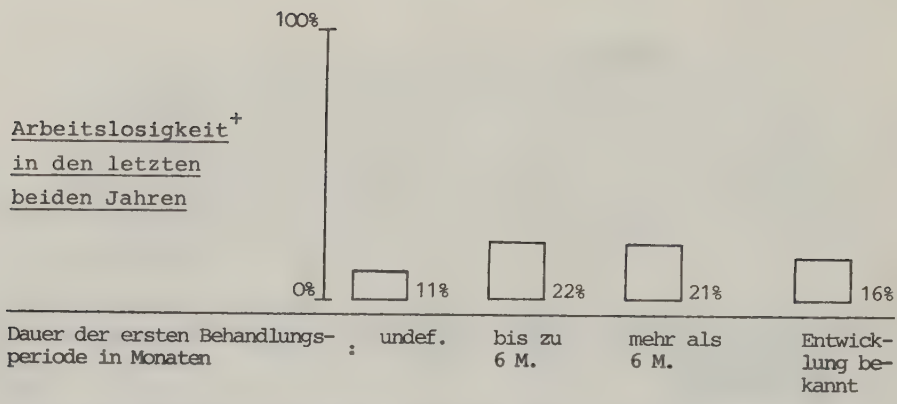
  (CC korr. = 30,4 %)



+ Bezogen auf die ehemaligen Patienten, die 1977 die Schule nicht mehr besuchten.

- Ehemalige Patienten, bei denen die erste Behandlungsperiode zwischen 3-6 Monaten bzw. länger als 6 Monate dauerte, hatten seltener einen Schulabschluß (79 % bzw. 76 %) als der Durchschnitt der Patienten (89 %).

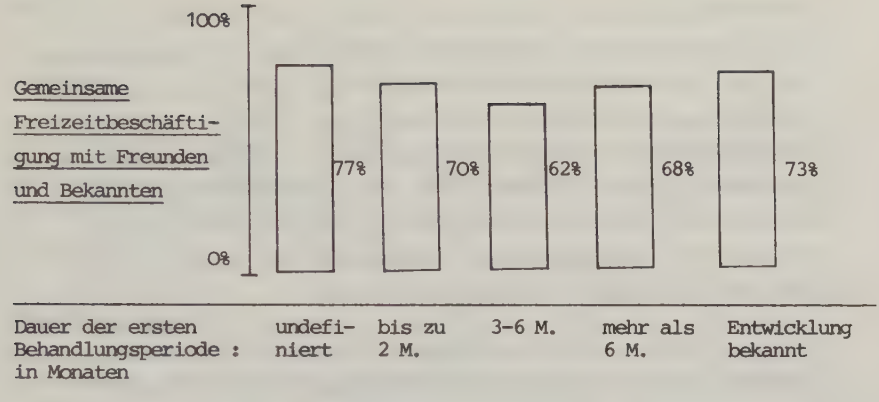
  (CC korr. = 16,8 %)



+ Bezogen auf die arbeitsfähigen ehemaligen Patienten, die nicht mehr zur Schule gehen.

- Ehemalige Patienten, bei denen die erste Behandlungsperiode bis zu 6 Monaten bzw. länger als 6 Monate dauerte, waren in den Jahren 1976 und 1977 mit einem Anteil von 22 % bzw. 21 % häufiger arbeitslos als der Durchschnitt der Patienten (16 %).

  (CC korr. = 22,5 %)



- Ehemalige Patienten, die zwischen 3-6 Monaten bzw. mehr als 6 Monate in Behandlung waren, hatten seltener eine gemeinsame Freizeitbeschäftigung mit Freunden und Bekannten (62 % bzw. 68 %) als der Durchschnitt der Patienten.

  (CC korr. = 16,0 %)

Erklärung:

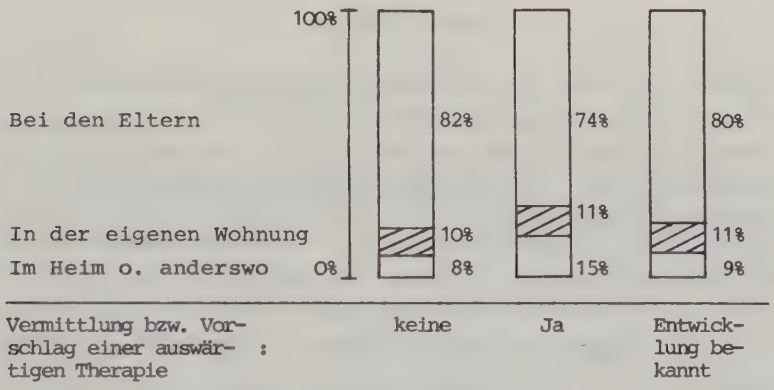
Die Tendenz, daß mit zunehmender Dauer der 1. Behandlungsperiode eine ungünstigere Entwicklung in Bezug auf frühere Kontaktschwierigkeiten, Schulabschluß, Arbeitslosigkeit, Gemeinsame Freizeitbeschäftigung und regelmäßige Medikamenteneinnahme einhergeht, hat ihre Ursache sicherlich nicht in der Dauer der Behandlung, sondern resultiert aus der Art und Schwere der Symptomatik dieser längere Zeit behandlungsbedürftigen Patienten.

74 % der über 6 Monate ambulant und/oder stationär betreuten Patienten gehören den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, kindliche Psychosen und Autismus" an. Gerade diese beiden Gruppen wiederum zeigen - unabhängig von der Behandlungsdauer - im Vergleich mit den anderen Untergruppen und der Gesamtzahl eine schlechtere Entwicklungstendenz bezüglich Veränderung der früheren Kontaktschwierigkeiten, gemeinsame Freizeitbeschäftigung und regelmäßige Medikamenteneinnahme 1977 (s. Kap. V.), wobei bei dem letzten Merkmal berücksichtigt werden muß, daß sich unter den langfristig betreuten Patienten besonders viele mit Anfällen und Absencen befinden.

VI.3.9 Zusammenhang: Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Therapie mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, für die eine auswärtige Therapie vermittelt oder empfohlen wurde, entwickelten sich im Vergleich zu den Patienten, bei denen dies nicht geschah, folgendermaßen weiter:

Wohnort 1977



- Ehemalige Patienten, denen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine auswärtige Therapie vermittelt oder empfohlen wurde, wohnen 1977 verglichen mit dem Durchschnitt seltener bei den Eltern (74 % zu 80 %) und häufiger im Heim oder anderswo (15 % zu 9 %).

  (CC korr. = 18,4 %)

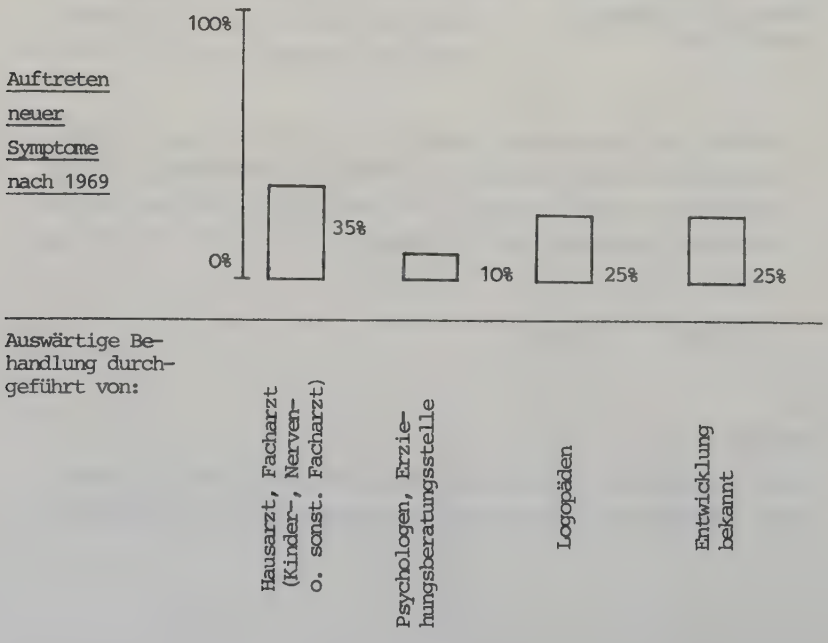
Erklärung:

Der Zusammenhang Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Therapie mit dem häufigen Wohnort 1977 "Im Heim oder

anderswo" läßt sich damit erklären, daß bei der Erhebung des Merkmals Vermittlung bzw. Vorschlag einer auswärtigen Therapie die Patienten miterfaßt sind, bei denen zu einer Heimunterbringung geraten bzw. ein Heimplatz vermittelt wurde (s. Kap. IV.).

VI.3.10 Zusammenhang: Art der durchgeführten auswärtigen Behandlung mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen auf Vermittlung oder Empfehlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen eine auswärtige Therapie durchgeführt wurde, entwickelten sich abhängig davon, wo die Behandlung durchgeführt wurde, folgendermaßen weiter:



- Neue Probleme bzw. Symptome entstanden bei Kindern, die auf Empfehlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie auswärts weiterbehandelt wurden, im Vergleich mit dem Durchschnitt häufiger, wenn die Kinder beim Hausarzt oder Facharzt behandelt wurden, (35 % zu 25 %), seltener, wenn die weitere Behandlung in einer Erziehungsberatungsstelle oder beim Psychologen stattfand, (10 % zu 25 %), ebenso oft, wenn die Patienten beim Logopäden in Behandlung waren.

  (CC korr. = 29,8 %)

Erklärung:

Die Tendenz, daß beim Psychologen bzw. in einer Erziehungsberatungsstelle weiterbetreute Patienten eine günstigere und vom Hausarzt bzw. Facharzt weiterbetreute Patienten eine ungünstigere Entwicklung bezüglich des Neuauftretens von Symptomen nach 1969 zeigen, läßt sich zum Teil mit der Verteilung verschiedener Krankheitsspektren erklären.

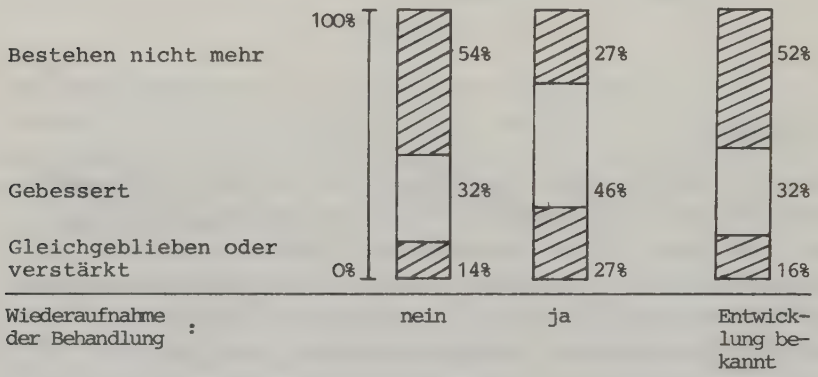
So überwiegen bei den vom Psychologen bzw. einer Erziehungsberatungsstelle weiterbetreuten Patienten die beiden Gruppen "nur Schulschwierigkeiten" und "andere Verhaltensauffälligkeiten", die allgemein eine günstigere, sowie bei den vom Hausarzt bzw. Facharzt weiterbetreuten Patienten die Gruppe "körperliche Auffälligkeiten" und "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen", die allgemein eine ungünstigere Entwicklung bezüglich des Auftretens neuer Symptome zeigen (s. Kap. IV.).

Inwieweit weitere Variablen wie Art und Schwere der Symptomatik, Wohnort und soziale Stellung der Eltern hier eine Rolle spielen, läßt sich aus den vorliegenden statistischen Daten nicht ermitteln.

VI.3.11 Zusammenhang: Wiederaufnahme der Behandlung mit weiterer Entwicklung

Ehemalige Patienten, bei denen es nach Abschluß einer ersten Behandlungsperiode zu einer Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen kam, entwickelten sich im Vergleich mit Patienten, bei denen es nicht hierzu kam, folgendermaßen weiter:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:



- Bei ehemaligen Patienten, bei denen nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode die Therapie wiederaufgenommen wurde, bestehen im Jahre 1977 verglichen mit dem Durchschnitt die ehemaligen Symptome häufiger weiterhin (73 % zu 48 %), haben sich häufiger gebessert (46 % zu 32 %), sind aber öfter gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (27 % zu 16 %).

  (CC korr. = 26,0 %)

Zum Auftreten neuer Symptome nach 1969 kam es bei

49 % der Patienten, bei denen die Behandlung wiederaufgenommen wurde, im Vergleich zu

23 % der Patienten, bei denen die Behandlungen nicht wiederaufgenommen wurden

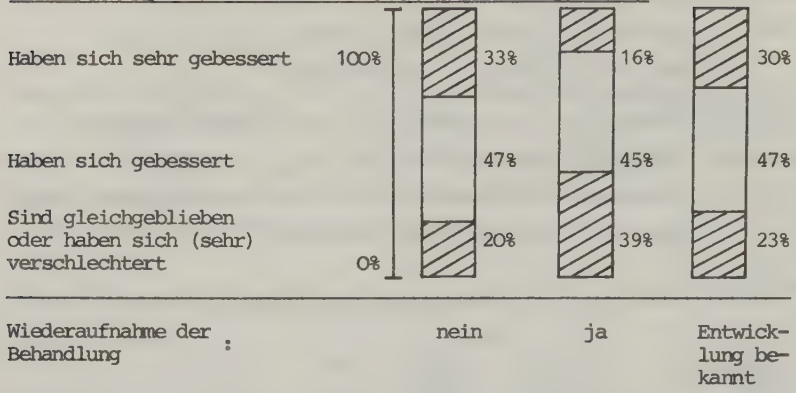
(25 % der Patienten mit bekannter Entwicklung zeigten ein Auftreten neuer Symptome nach 1969).

(CC korr. = 24,5 %)

Eine Belastung der Familie wegen der Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entstand in der Zeit zwischen 1969 und 1977 bei Kindern, bei denen die Behandlung nach Abschluß einer ersten Behandlungsperiode wiederaufgenommen wurde, dreimal häufiger als bei Kindern, bei denen die Behandlung nicht wiederaufgenommen wurde (27 % zu 9 %).

(CC korr. = 25,8 %)

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten



- Bei Patienten, bei denen nach Abschluß einer 1. Behandlungsperiode die Therapie wieder aufgenommen wurde, haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten im Vergleich mit dem Durchschnitt seltener sehr gebessert (16 % zu 30 %), sich gleich oft gebessert und sind häufiger gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert (39 % zu 23 %).

  (CC korr. = 27,3 %)

Medikamente nehmen 1977 regelmäßig ein

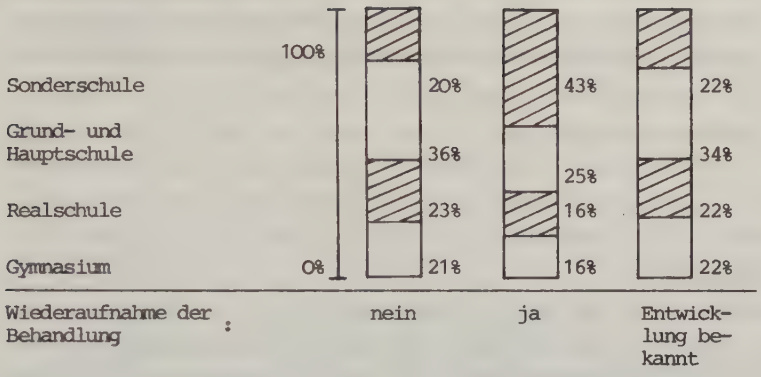
21 % der Patienten, bei denen die Behandlung wiederaufgenommen wurde

12 % der Patienten, bei denen es nicht zur Wiederaufnahme der Behandlung kam

(13 % der Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 13,1 %)

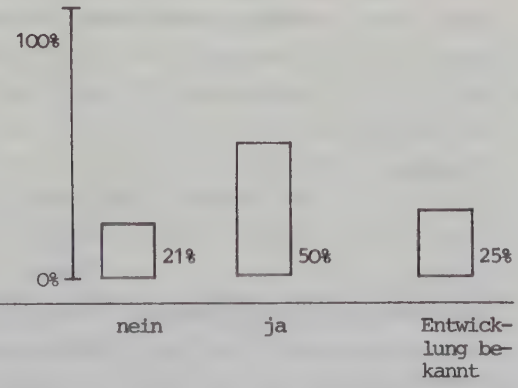
Schulausbildung 1977



- Ehemalige Patienten, bei denen die Behandlung wieder aufgenommen wurde, besuchten im Jahr 1977 verglichen mit dem Durchschnitt wesentlich häufiger die Sonderschule (43 % zu 22 %) und seltener Grund- und Hauptschule (25 % zu 34 %), Realschule (16 % zu 22 %) und Gymnasium (16 % zu 22 %).

  (CC korr. = 26,2 %)

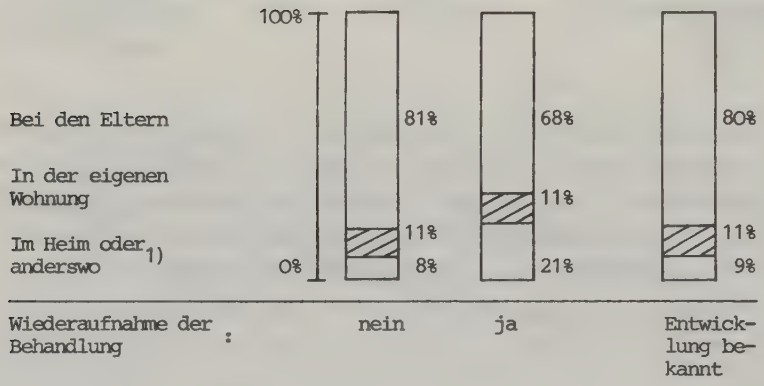
Abbruch der Berufsausbildung



- Von den Patienten, bei denen die Behandlung wieder aufgenommen wurde, haben 50 % bis zum Jahre 1977 eine begonnene Berufsausbildung wieder abgebrochen im Vergleich zu durchschnittlich 25 %.

  (CC korr. = 27,5 %)

Wohnort 1977



- Patienten, bei denen die Behandlung nach Abschluß einer ersten Periode wieder aufgenommen wurde, wohnen verglichen mit dem Durchschnitt seltener bei den Eltern (68 % zu 80 %) und häufiger im Heim oder anderswo (21 % zu 9 %).

  (CC korr. = 22,6 %)

---

1) Zur Definition vgl. V.2.11

Erklärung:

Der Umstand, daß Patienten, bei denen es nach Abschluß einer ersten Behandlungsperiode zu einer Wiederaufnahme der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kam, eine ungünstigere Tendenz bezüglich der Symptomentwicklung, der Belastung der Familie, der Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten sowie der Schulausbildung zeigen, läßt sich zum Teil mit der Verteilung verschiedener Symptomgruppen erklären.

So wurde in der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" sowie bei den Patienten mit mehreren Einweisungsgründen die Behandlung häufiger als im Durchschnitt wieder aufgenommen, wobei gerade diese beiden Gruppen eine ungünstigere Entwicklung der Symptome, der Belastung der Familie, der Kontaktschwierigkeiten sowie der Schulausbildung als die anderen Untergruppen aufweisen (vgl. Kap. IV. und V.).

Da, wie aus Kap. IV.2.11 Tabelle B hervorgeht, 85 % der Patienten, bei denen es zu einer Wiederaufnahme der Behandlung kam, zwischen Abschluß der ersten Behandlungsperiode und Wiederaufnahme nie symptomfrei waren, darf man annehmen, daß es sich auch bei den aus den anderen Untergruppen wieder aufgenommenen Patienten überwiegend um solche mit chronisch verlaufenden Krankheiten handelt.

Die Tatsache, daß Patienten, bei denen es zu einer Wiederaufnahme der Behandlung kam, im Jahre 1977 häufiger im Heim oder anderswo wohnten, läßt sich mit der häufigeren Belastung der Familien dieser Patienten sowie der insgesamt ungünstigeren Weiterentwicklung dieser Patienten erklären, welche wohl auch für den häufigen Abbruch der Berufsausbildung verantwortlich ist.

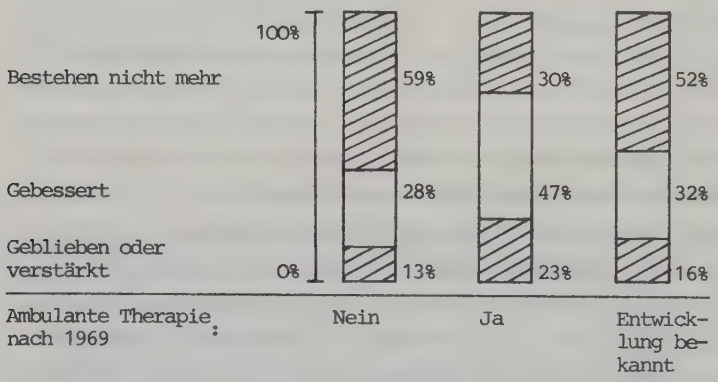
Der Zusammenhang zwischen Wiederaufnahme der Behandlung und relativ häufiger regelmäßiger Medikamenteneinnahme 1977 erklärt sich damit, daß sich unter den wieder aufgenommenen Patienten relativ viele aus den Gruppen "Entwick-

lungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" sowie "Anfälle und Absencen" befinden, welche gemeinsam 77 % der 1977 regelmäßig Medikamente einnehmenden Patienten ausmachen.

VI.3.12 Zusammenhang: Ambulante Therapie nach 1969 mit weiterer Entwicklung

Die Tatsache, ob ein ehemaliger Patient nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung oder Beratung wegen Erziehungs- oder Verhaltensproblemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder außerhalb war, steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:



- Die ehemaligen Symptome bestehen bei Patienten, die nach 1969 weiterhin in ambulanter Behandlung waren, im Jahre 1977 im Vergleich mit dem Durchschnitt häufiger weiterhin (70 % zu 48 %), haben sich häufiger gebessert (47 % zu 32 %) und sind öfter gleichge-

blieben oder haben sich verstärkt (23 % zu 16 %).

(CC korr. = 36,9 %)

Neue Symptome traten bei

18 % der Patienten auf, die nach 1969 nicht mehr in ambulanter Therapie waren

48 % der Patienten auf, die nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung waren

(25 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 41,3 %)

Bei 22 % der Patienten, die nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung waren, entstand zwischen 1969 und 1977 eine Belastung der Familie wegen der Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind im Vergleich dazu nur bei 7 % der Patienten, die nach 1969 nicht mehr ambulant behandelt wurden.

(CC korr. = 29,6 %).

Medikamente nahmen 1977 regelmäßig ein:

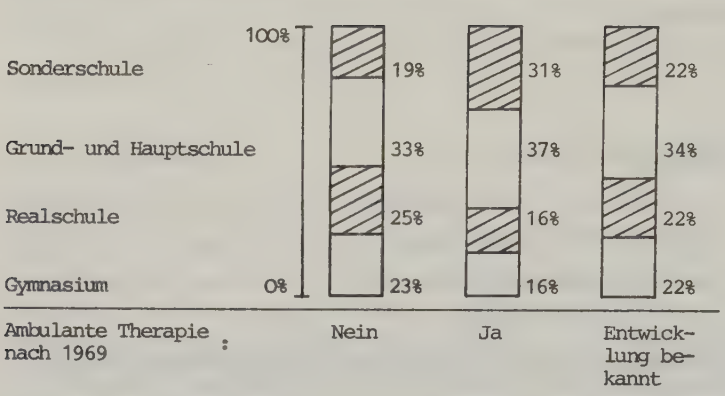
27 % der Patienten, die nach 1969 in ambulanter Therapie waren

7 % der Patienten, die nach 1969 nicht mehr in ambulanter Behandlung waren

(13 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 37,3 %)

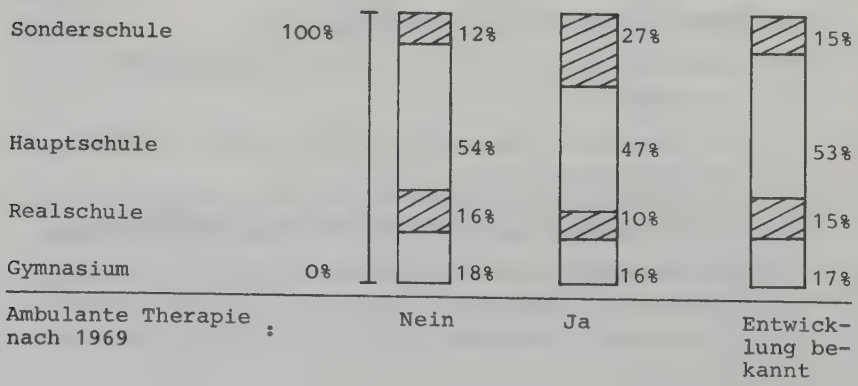
Schulausbildung 1977



- Patienten, die nach 1969 wieder in ambulanter Therapie waren, gingen 1977 verglichen mit dem Durchschnitt häufiger in die Sonderschule (31 % zu 22 %) und in die Grund- und Hauptschule (37 % zu 34 %) und seltener in die Realschule (16 % zu 22 %) und ins Gymnasium (16 % zu 22 %).

  (CC korr. = 23,6 %)

Frühere Schulausbildung



- Von den Patienten, die nach 1969 wieder in ambulanter Therapie waren und 1977 nicht mehr die Schule besuchten, waren zuvor, verglichen mit dem Durchschnitt, relativ mehr Kinder in der Sonderschule (27 % zu 15 %) und weniger in der Hauptschule (47 % zu 53 %) und in der Realschule (10 % zu 15 %), nahezu gleich viele auf dem Gymnasium (16 % zu 17 %).

  (CC korr. = 25,6 %)

Die Berufsausbildung abgebrochen haben

19+ % der ehemaligen Patienten, die nach 1969 nicht mehr in Behandlung waren

42+ % der ehemaligen Patienten, die nach 1969 wieder oder weiterhin in ambulanter Behandlung waren

(25+ % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 30,3 %)

Berufstätig waren im Jahre 1977 (jeweils bezogen auf die ehemaligen Patienten, die 1977 weder zur Schule gingen noch in einer Berufsausbildung waren)

68 % der Patienten, die nach 1969 nicht mehr in ambulanter Behandlung waren

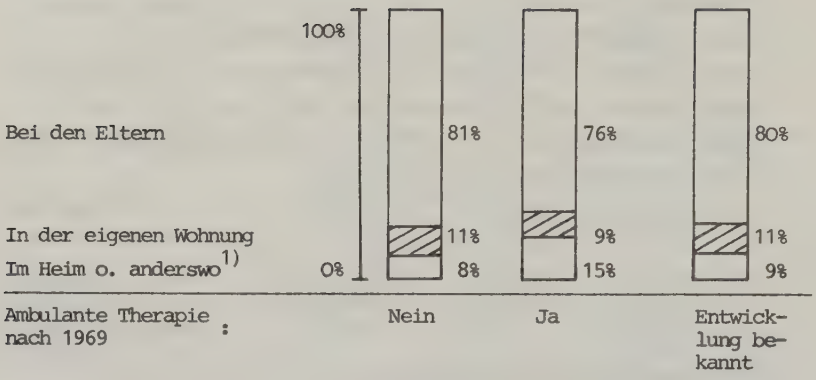
50 % der Patienten, die nach 1969 wieder oder weiterhin in ambulanter Behandlung waren

(64 % aller ehemaligen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 14,2 %)

+ Jeweils bezogen auf die Anzahl derjenigen, die eine Berufsausbildung abgebrochen oder abgeschlossen haben zum Untersuchungszeitpunkt.

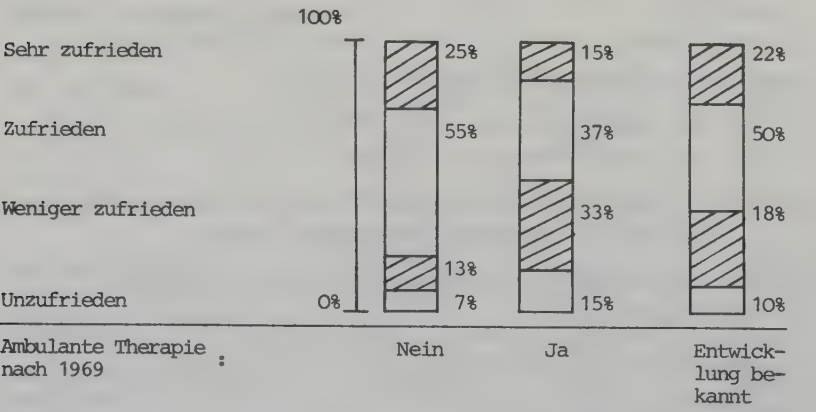
Wohnort 1977



- Von den Patienten, die nach 1969 wieder in ambulanter Therapie waren, lebten 1977 verglichen mit dem Durchschnitt weniger Patienten bei den Eltern (76 % zu 80 %), relativ mehr im Heim oder anderswo (15 % zu 9 %) und nahezu gleich viele in der eigenen Wohnung (9 % zu 11 %).

  (CC korr. = 17,5 %)

Eltern-Urteil über die Behandlung



1) Zur Definition vgl. V.2.11

- Eltern, die mit ihrem Kind nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung standen, waren mit der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - verglichen mit dem Durchschnitt - seltener sehr zufrieden (15 % zu 22 %) und zufrieden (37 % zu 50 %) und häufiger weniger zufrieden (33 % zu 18 %) und unzufrieden (15 % zu 10 %).

  (CC korr. = 40,0 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf das Kind glaubten feststellen zu können:

72 % der Eltern, deren Kind nach 1969 nicht mehr in ambulanter Behandlung war

48 % der Eltern, deren Kind nach 1969 weiterhin oder wieder in ambulanter Therapie waren

(65 % der Eltern, von deren Kinder die weitere Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 31,9 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Eltern-Kind Beziehung stellten nur 48 % der Eltern fest, deren Kinder nach 1969 weiterhin in ambulanter Behandlung waren, im Vergleich zu 72 % der Eltern, deren Kinder nach 1969 nicht mehr in ambulanter Therapie waren.

(CC korr. = 22,7 %)

Erklärung:

Die Tendenz, daß Patienten, die nach 1969 wieder in ambulanter Behandlung waren, eine ungünstigere Entwicklung in Bezug auf die Symptomentwicklung, das Auftreten neuer Symptome, die Belastung der Familie, Schulausbildung, Berufsausbildung und Berufstätigkeit sowie Heimunterbringung zeigen, hat ihre Ursache sicherlich nicht in der weiteren Behandlung nach 1969, sondern resultiert aus der Art und Schwere der Symptomatik dieser über längere Zeit behandlungsbedürftigen Patienten.

Mehr als zwei Drittel der nach 1969 weiterhin ambulant behandelten Patienten gehören den Gruppen "körperliche Auffälligkeiten", "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" sowie der Gruppe der Patienten mit mehreren Einweisungsgründen an. Gerade diese drei Gruppen wiederum zeigen - unabhängig von der Weiterbehandlung nach 1969 - eine ungünstigere Tendenz bezüglich der Entwicklung der ehemaligen Symptome, des Auftretens neuer Symptome sowie der Entstehung einer familiären Belastung.

Die positive Korrelation zwischen weiterer ambulanter Behandlung nach 1969 und regelmäßiger Medikamenteneinnahme 1977 läßt sich damit erklären, daß sich unter den nach 1969 weiterhin ambulant behandelten Patienten besonders viele mit Anfällen und Absencen und aus der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" befinden, welche wiederum 77 % der 1977 regelmäßig Medikamente einnehmenden Patienten ausmachen.

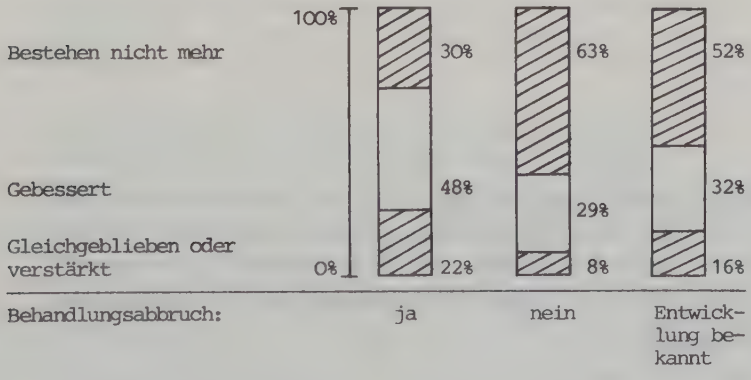
Die Tatsache, daß Eltern von Patienten, die nach 1969 weiterhin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder außerhalb in ambulanter Behandlung waren, mit der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufiger unzufrieden waren bzw. seltener eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf ihr Kind sowie auf das Verhältnis zu ihrem Kind angaben als

im Durchschnitt, ist wohl darin begründet, daß nur 23 % der nach 1969 weiterhin ambulant behandelten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen weiterbetreut wurden, die Mehrzahl also auswärts weiterbehandelt wurde.

VI.3.13 Zusammenhang: Behandlungsabbruch und weitere Entwicklung

Die Tatsache, ob nach Meinung der Eltern eine 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder auswärts begonnene Therapie zu Ende geführt werden konnte, steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung:

Entwicklung der ehemaligen Symptome:



- Die ehemaligen Symptome bestehen im Jahre 1977 bei Patienten, bei denen die begonnene Therapie nicht zu Ende geführt werden konnte, verglichen mit dem Durchschnitt häufiger weiterhin (70 % zu 48 %), haben sich öfter gebessert (48 % zu 32 %) und sind häufiger

gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (22 % zu 16 %).

- Bei Patienten, bei denen die Behandlung zu Ende geführt werden konnte, bestehen die ehemaligen Symptome im Vergleich mit dem Durchschnitt häufiger nicht mehr (63 % zu 52 %), haben sich seltener gebessert (29 % zu 32 %) und sind seltener gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (8 % zu 16 %).

  (CC korr. = 45,2 %)

Neue Symptome traten bei

36 % der Patienten auf, die die Behandlung nicht zu Ende führen konnten

17 % der Patienten, die keinen Behandlungsabbruch angaben, auf

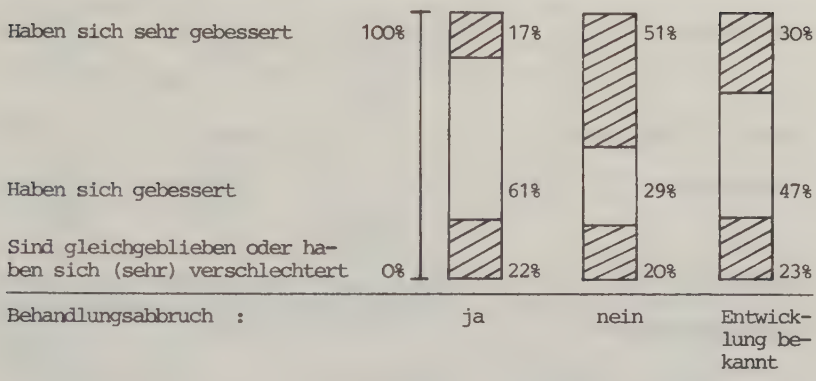
(25 % aller Patienten auf, deren Entwicklung bekannt ist)

(CC korr. = 30,4 %)

Eine Belastung der Familie wegen der Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entstand in der Zeit zwischen 1969 und 1977 bei 12 % der Kinder, die die Behandlung abbrachen, im Vergleich zu 4 % bei den Kindern, die die Behandlung zu Ende führten.

(CC korr. = 28,0 %)

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten

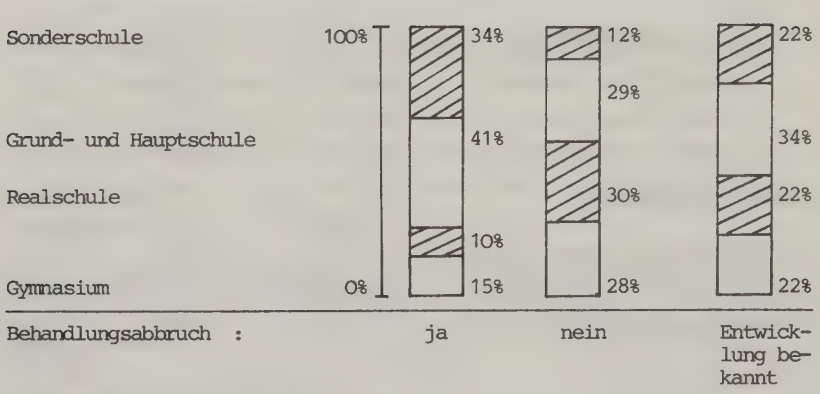


- Die früheren Kontaktschwierigkeiten haben sich bei Patienten, die die 1969 begonnene Behandlung nicht zu Ende führten, verglichen mit dem Durchschnitt seltener sehr gebessert (17 % zu 30 %), sich häufiger gebessert (61 % zu 47 %) und sind ebenso oft gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verstärkt (22 % zu 23 %).

- Bei Patienten, bei denen die Behandlung nicht vorzeitig beendet wurde, haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten häufiger sehr gebessert (51 % zu 30 %), sich seltener gebessert (28 % zu 47 %) und sind etwas seltener gleichgeblieben oder haben sich sehr verschlechtert (20 % zu 23 %).

  (CC korr. = 50,2 %)

Schulausbildung 1977



- Ehemalige Patienten, bei denen eine 1969 begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, gingen 1977, verglichen mit dem Durchschnitt häufiger in die Sonderschule (34 % zu 22 %) und in die Grund- und Hauptschule (41 % zu 34 %) und seltener in die Realschule (10 % zu 22 %) und ins Gymnasium (15 % zu 22 %).
- Ehemalige Patienten, bei denen die begonnene Behandlung zu Ende geführt werden konnte, gingen 1977 im Vergleich seltener in die Sonderschule (12 % zu 22 %) und in die Grund- und Hauptschule (29 % zu 34 %) und häufiger in die Realschule (30 % zu 22 %) und ins Gymnasium (29 % zu 22 %).

  (CC korr. = 46,0 %)

Freizeitkontakte mit Freunden und Bekannten gaben nur 63 % der Patienten, bei denen die Behandlung nicht zu Ende geführt wurde, an im Vergleich zu 81 % der Patienten, die die Behandlung zu Ende führten.

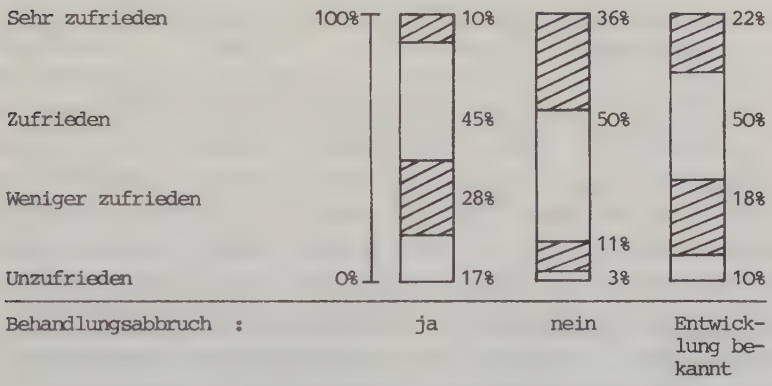
(CC korr. = 27,6 %)

Vereinsmitglieder sind

38 % der Patienten, die die Behandlung abbrachen
54 % der Patienten, die sie nicht abbrachen
(47 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 21, 3 %)

Eltern-Urteil über die Behandlung



- Eltern von Patienten, bei denen eine 1969 begonnene Therapie nicht zu Ende geführt werden konnte, sind verglichen mit dem Durchschnitt seltener mit der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sehr zufrieden (10 % zu 22 %) und zufrieden (45 % zu 50 %) und öfter weniger zufrieden (28 % zu 18 %) und unzufrieden (17 % zu 10 %).
- Eltern von Patienten, bei denen die 1969 begonnene Therapie zu Ende geführt werden konnte, sind mit der Behandlung im Vergleich häufiger sehr zufrieden (36 % zu 22 %), gleich oft zufrieden (50 %) und

seltener weniger zufrieden (11 % zu 18 %) und unzufrieden (3 % zu 10 %).

(CC korr. = 50,1 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen auf das Kind glaubten feststellen zu können:

49 % der Eltern, bei deren Kind die Behandlung nicht zu Ende geführt wurde

83 % der Eltern, bei deren Kind die Behandlung zu Ende geführt wurde

(65 % der Eltern, von deren Kind die weitere Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 48,0 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen auf die Eltern-Kind Beziehung glaubten nur 62 % der Eltern festzustellen, deren Kinder die Behandlung nicht zu Ende führen konnten im Vergleich zu 78 % der Eltern, deren Kinder die Behandlung nicht abbrachen.

(CC korr. = 24,2 %)

Erklärung:

Der Umstand, daß Patienten, deren Eltern angaben, daß eine 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder auswärts begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, eine ungünstigere Entwicklung bezüglich der ehemaligen Symptome, des Auftretens neuer Symptome, der Belastung der Familie, der früheren Kontaktschwierigkeiten, der späteren Schulausbildung sowie bezüglich der Freizeitkontakte als der Durchschnitt aufweisen, läßt sich nicht mit der Verteilung bestimmter Symptomgruppen erklären.

Zwar geben 64 % der Eltern von Patienten der Gruppe "Entwicklungshemmung und -störung, Autismus, kindliche Psychosen" an, daß eine 1969 begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, wobei gerade Patienten dieser Untergruppe in den oben angeführten Merkmalen der weiteren Entwicklung eine ungünstige Tendenz zeigen; da aber die Patienten dieser Untergruppe weniger als 15 % der Patienten ausmachen, bei denen die 1969 begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, ist weder das Überwiegen dieser noch das einer anderen Symptomgruppe für die ungünstige Weiterentwicklung der Patienten ohne abgeschlossene Behandlung verantwortlich.

Inwieweit Art und Schwere der Symptomatik sowie objektiv die Fortführung der Behandlung behindernde Gründe wie Mangel an qualifizierten therapeutischen Einrichtungen überhaupt bzw. in der näheren Umgebung für die ungünstige Weiterentwicklung dieser Patienten verantwortlich sind, läßt sich allein mit Hilfe des vorliegenden statistischen Materials nicht abklären.

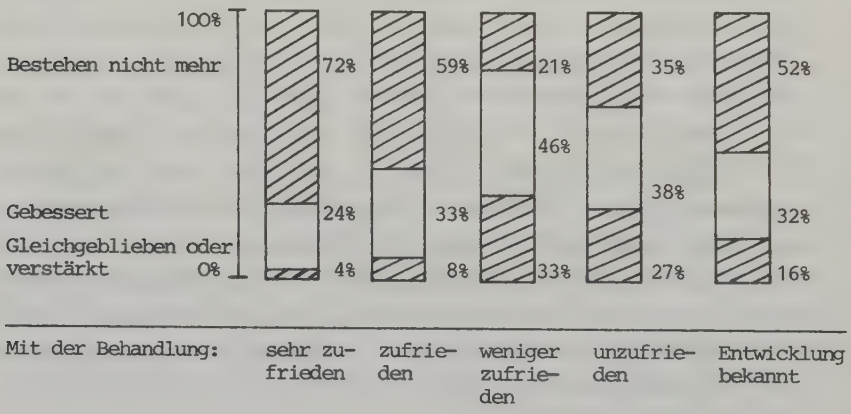
Die Tatsache, daß Eltern von Patienten, bei denen die 1969 begonnene Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte - wobei offen bleiben muß, warum sie nicht zu Ende geführt wurde -, häufiger die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sowie die Auswirkung dieser auf das Kind und das Verhältnis zu ihrem Kind ungünstiger beurteilen als im Durchschnitt, ist auch als Hinweis darauf zu deuten, daß die in die Behandlung in der Kinder- und Ju-

gendpsychiatrie Tübingen gesetzten Erwartungen nicht erfüllt wurden.

VI.3.14 Zusammenhang: Eltern-Urteil über die Behandlung und weitere Entwicklung

Das Urteil der Eltern über die Behandlung und Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen steht in folgendem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten:

Entwicklung der ehemaligen Symptome



- Das Urteil der Eltern über die Behandlung fällt umso günstiger aus je besser sich die ehemaligen Symptome entwickelten.

- Verglichen mit dem Durchschnitt, bestehen die ehemaligen Symptome bei den Kindern, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren, viel häufiger nicht mehr (72 % zu 52 %), haben sich seltener gebessert (24 % zu 32 %) und sind weniger oft gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (4 % zu 10 %).
- Bei den Kindern, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren, bestehen die ehemaligen Symptome verglichen mit dem Durchschnitt ebenfalls häufiger nicht mehr (59 % zu 52 %), haben sich gleich oft gebessert (33 % zu 32 %) und sind seltener gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (8 % zu 16 %).
- Bei den Kindern, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren, bestehen die ehemaligen Symptome viel häufiger verglichen mit dem Durchschnitt weiterhin (79 % zu 48 %), haben sich öfter gebessert (46 % zu 32 %), sind aber doppelt so häufig gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (33 % zu 16 %).
- Bei den Kindern, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren, bestehen im Vergleich die ehemaligen Symptome ebenfalls häufiger weiterhin (65 % zu 48 %), haben sich häufiger gebessert (38 % zu 32 %) und sind öfter gleichgeblieben oder haben sich verstärkt (27 % zu 16 %).

(CC korr. = 46,2 %)

Neue Symptome traten bei

23 % der Patienten auf, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren

22 % der Patienten auf, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren

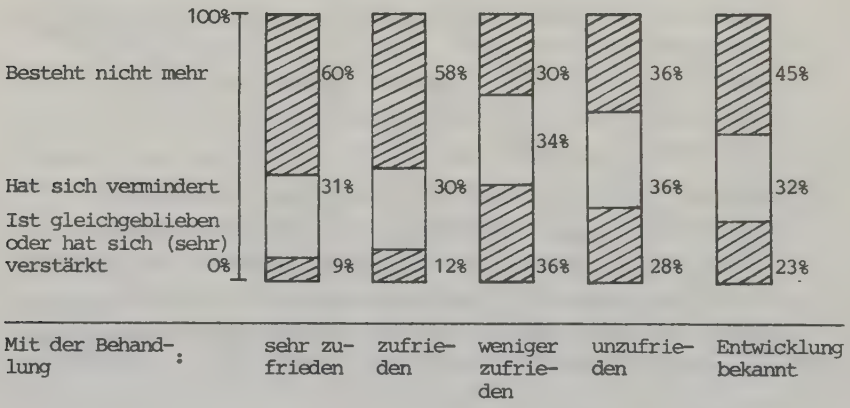
49 % der Patienten auf, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren

48 % der Patienten auf, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren

(25 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 29,4 %)

Entwicklung der früheren familiären Belastung



- Die frühere familiäre Belastung besteht bei Kindern, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden bzw. zufrieden waren, im Vergleich mit dem Durchschnitt häufiger nicht mehr (60 % bzw. 58 % zu 45 %), bei Kindern, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden bzw.

unzufrieden waren, besteht sie häufiger weiterhin (70 % bzw. 64 % zu 55 %).

- Bei Kindern, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden bzw. unzufrieden waren, hat sich die frühere familiäre Belastung etwas häufiger vermindert, verglichen mit dem Durchschnitt (34 % bzw. 36 % zu 32 %), ist aber öfter gleichgeblieben oder hat sich (sehr) verstärkt (36 % bzw. 28 % zu 23 %).
- Bei Kindern, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden bzw. zufrieden waren, hat sich die frühere familiäre Belastung ebenso häufig wie im Durchschnitt vermindert und ist im Vergleich seltener gleichgeblieben oder hat sich (sehr) verstärkt (9 % bzw. 12 % zu 23 %).

(CC korr. = 34,4 %)

Eine Belastung der Familie wegen der Probleme des Kindes bzw. mit dem Kind entstand in der Zeit zwischen 1969 und 1977 bei

5 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden oder zufrieden waren

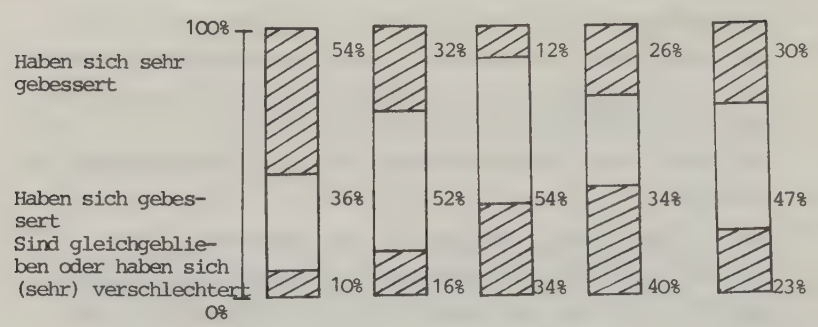
25 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren

30 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren

(10 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 40,5 %)

Entwicklung der früheren Kontaktschwierigkeiten



- Die früheren Kontaktschwierigkeiten haben sich bei Kindern, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren bzw. zufrieden waren, verglichen mit dem Durchschnitt häufiger sehr gebessert und gebessert (90 % bzw. 84 % zu 77 %) und sind seltener gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verschlechtert (10 % bzw. 16 % zu 23 %).
- Bei ehemaligen Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden bzw. unzufrieden waren, haben sich die früheren Kontaktschwierigkeiten, verglichen mit dem Durchschnitt, weniger oft sehr gebessert oder gebessert (66 % bzw. 60 % zu 77 %) und sind häufiger gleichgeblieben oder haben sich (sehr) verstärkt (34 % bzw. 40 % zu 23 %).

(CC korr. = 39,7 %)

Medikamente nehmen 1977 regelmäßig ein:

10 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden oder zufrieden waren

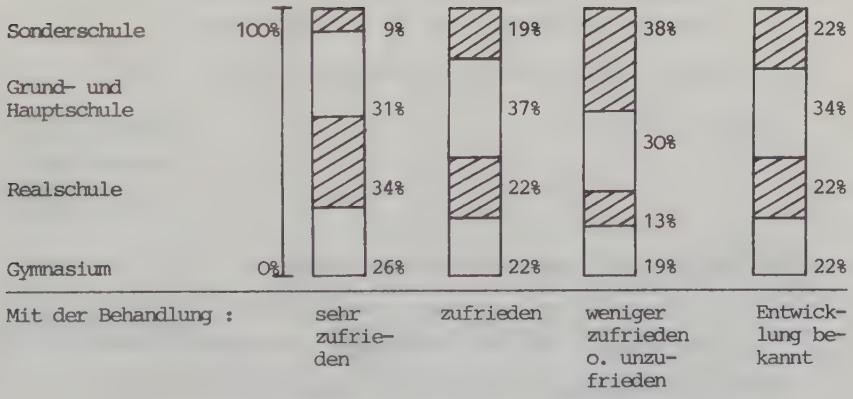
20 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren

16 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren

(13 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 17,4 %)

Schulausbildung 1977



- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren, gingen 1977 verglichen mit dem Durchschnitt der Patienten, seltener in die Sonderschule (9 % - 22 %) und in die Grund- und Hauptschule (31 % zu 34 %) und häufiger in die Realschule (34 % zu 22 %) und ins Gymnasium (26 % zu 22 %).

- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren, unterscheiden sich kaum bezüglich der Schulausbildung im Jahre 1977 vom Durchschnitt.
- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren, gingen im Vergleich zum Durchschnitt der Patienten, häufiger in die Sonderschule (38 % zu 22 %) und seltener in die Grund- und Hauptschule (30 % zu 34 %), Realschule (13 % zu 22 %) und Gymnasium (19 % zu 22 %).

  (CC korr. = 34,0 %)

Einen Schulabschluß hatten 1977 (jeweils bezogen auf die Kinder, die 1977 nicht mehr die Schule besuchten)

90 % der Kinder, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden oder zufrieden waren

81 % der Kinder, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(89 % aller Kinder, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 23,5 %)

Die Berufsausbildung abgebrochen haben

18 % der ehemaligen Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden oder zufrieden waren

38 % der ehemaligen Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(25 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 27,3 %)

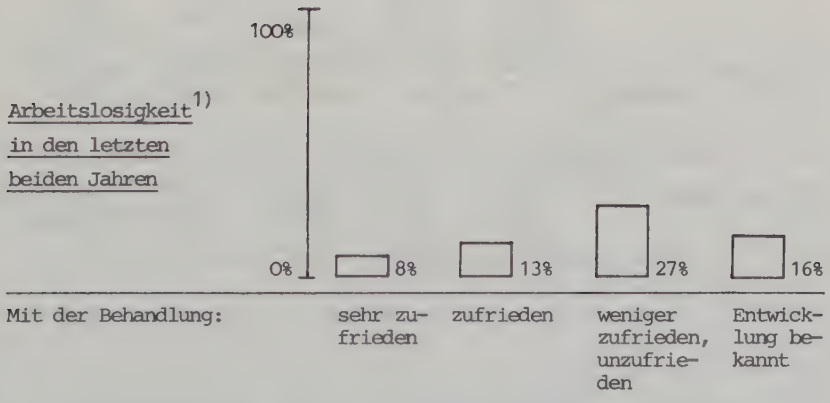
Berufstätig waren im Jahre 1977 (jeweils bezogen auf die ehemaligen Patienten, die 1977 weder zur Schule gingen noch in einer Berufsausbildung waren)

76 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden oder zufrieden waren

50 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(64 % aller ehemaligen Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 18,9 %)



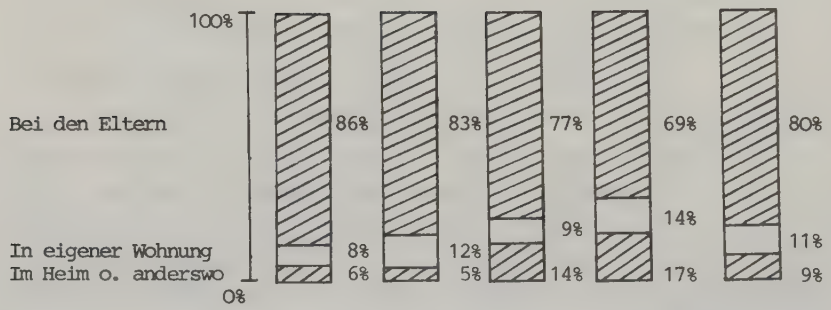
- Arbeitslos waren in den letzten beiden Jahren vor dem Erhebungstermin 1977 8 % der ehemaligen Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren,

1) Berücksichtigt sind hier nur die ehemaligen Patienten, die laut Angaben der Eltern dazu nicht zu jung waren.

13 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren und 27 % derjenigen Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren im Vergleich zu 16 % beim Durchschnitt der Patienten.

(CC korr. = 26,7 %)

Wohnort 1977



Mit der Behandlung:	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden	Entwicklung bekannt

- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren, wohnten 1977 verglichen mit dem Durchschnitt häufiger bei den Eltern und seltener in der eigenen Wohnung und im Heim oder anderswo.

1) Zur Definition vgl. V.2.11.

- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren, wohnten 1977 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Patienten etwas häufiger bei den Eltern und seltener im Heim oder anderswo.
- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren, wohnten etwas seltener bei ihren Eltern und häufiger im Heim oder anderswo.
- Ehemalige Patienten, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren, wohnten 1977, verglichen mit dem Durchschnitt, seltener bei ihren Eltern und häufiger in der eigenen Wohnung und im Heim oder anderswo.

(CC korr. = 20,2 %)

Freizeitkontakte mit Freunden und Bekannten gaben

84 % der Kinder an, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren

75 % der Kinder, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren

63 % der Kinder, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(73 % aller Kinder, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 24,3 %)

Vereinsmitglieder sind 1977

50 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung sehr zufrieden waren

47 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung zufrieden waren

39 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung weniger zufrieden waren

35 % der Patienten, deren Eltern mit der Behandlung unzufrieden waren

(47 % aller Patienten, deren Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 17,8 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen auf das Kind glaubten feststellen zu können:

97 % der Eltern, die mit der Behandlung sehr zufrieden waren

84 % der Eltern, die mit der Behandlung zufrieden waren

11 % der Eltern, die mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(65 % der Eltern, von deren Kinder die weitere Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 84,0 %)

Eine günstige Auswirkung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen auf die Eltern-Kind-Beziehung stellten fest:

92 % der Eltern, die mit der Behandlung sehr zufrieden waren

77 % der Eltern, die mit der Behandlung zufrieden waren

26 % der Eltern, die mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden waren

(65 % der Eltern, von deren Kinder die weitere Entwicklung bekannt ist).

(CC korr. = 67,5 %)

Erklärung:

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Kapiteln VI.3.1 - 13, in welchen die Zusammenhänge nach Einflußgrößen geordnet dargestellt und interpretiert wurden, sollte hier untersucht werden, inwieweit die Merkmale der weiteren Entwicklung mit dem Urteil der Eltern über die Behandlung korrelieren.

Die Eltern beurteilen die Behandlung umso günstiger, je besser die weitere Entwicklung bezüglich der ehemaligen sowie neuer Symptome, der familiären Belastung, der schulischen und beruflichen Ausbildung sowie des Freizeitverhaltens war; ebenso korreliert die Zufriedenheit der Eltern signifikant mit der günstigen Beurteilung der Wirkung der Behandlung auf das Kind sowie auf die Eltern-Kind-Beziehung.

Bei der Untersuchung des Einflusses der Variablen Art und Ausmaß der Therapie hatte sich nur bei den Merkmalen "Ambulante Therapie nach 1969" sowie "Abschluß der Behandlung" ein signifikanter Zusammenhang mit dem Urteil der Eltern über die Behandlung nachweisen lassen (vgl. Kap. VI.3.12 und 13 sowie die Übersichtstabelle S. 120).

Die Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung korreliert somit häufiger mit Merkmalen der weiteren Entwicklung als mit den Variablen der Art und des Ausmaßes der Therapie.

VII. Zusammenfassung

In dieser Arbeit, welche Teil einer größeren auslesefreien katamnestischen Studie über alle 1969 erstmals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen aufgenommene Patienten (1368) ist, wird untersucht, welche Therapie bei diesen Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen und außerhalb bis zum Jahr 1977 durchgeführt wurde, wie die weitere Entwicklung dieser ehemaligen Patienten aussieht und welche statistischen Zusammenhänge sich zwischen Variablen der Therapie und Merkmalen der weiteren Entwicklung nachweisen lassen.

Zur Beurteilung der Ergebnisse wurde im allgemeinen Teil auf die Funktion der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen sowie die durch die Methode gesetzten Grenzen der Untersuchung eingegangen.

Die Daten über Art und Ausmaß der Therapie wurden den Krankenblättern entnommen, zur Weiterentwicklung der ehemaligen Patienten wurde ein Fragebogen erstellt und an die Eltern versandt.

Bei der Erhebung der Daten zur Therapie wurde erfaßt, inwieweit wegen der Einweisungsgründe, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen führten, eine vorhergehende auswärtige Therapie durchgeführt wurde, ob die Patienten ambulant und/oder stationär aufgenommen wurden, Zahl und Dauer der ambulanten Beratungen bzw. stationären Aufenthalte, ob eine spezielle nicht medikamentöse Therapie, eine eingehende Schulberatung oder eine medikamentöse Therapie durchgeführt wurde, ob eine auswärtige Therapie vermittelt wurde sowie z.T. retrospektiv mittels Fragebogen, inwieweit die Patienten nach 1969 wieder in Behandlung waren sowie ob die begonnene bzw. vorgeschlagene Therapie zu Ende geführt wurde.

Bezüglich der weiteren Entwicklung der ehemaligen Patienten wurde gefragt nach der Entwicklung der früheren Symptome, dem Auftreten eines Symptomwandels, nach psychosomatischen

Beschwerden, der Entwicklung der familiären Belastung sowie von Kontaktschwierigkeiten, nach der weiteren schulischen und beruflichen Entwicklung, nach Freizeitkontakten sowie dem Familienstand und Wohn-Ort zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, des weiteren, ob die Eltern mit der Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen zufrieden waren und wie sie selbst den Einfluß der Behandlung auf ihr Kind und auf die Eltern-Kind-Beziehung beurteilen. Bei einer Rücklaufquote von 52 % konnten somit die Angaben der Eltern von insgesamt 711 ehemaligen Patienten über die weitere Entwicklung erhoben werden.

Von den Einzelergebnissen ist, ohne daß auf die z.T. sehr unterschiedliche Verteilung in den 5 Untergruppen eingegangen werden kann, hervorzuheben, daß 39 % der Patienten von der Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen wegen derselben Einweisungsgründe in auswärtiger Therapie waren. 73 % der Patienten wurden nur ambulant, 15 % nur stationär und 11 % sowohl ambulant als auch stationär aufgenommen. Von den ambulant beratenen Eltern und Kindern kamen in den Jahren 1969-1976 insgesamt 65 % der Patienten zu einer, 23 % zu zwei und 12 % zu drei und mehr ambulanten Beratungen. Bei 44 % aller Patienten wurde eine eingehende Schulberatung durchgeführt. 23 % aller Patienten erhielten - unabhängig ob als einzige oder vorübergehende oder zusätzliche Behandlung - eine medikamentöse Therapie.
81 % der Eltern gaben auf die entsprechende Frage an, daß sich bei ihren Kindern die Symptome, die 1969 zur Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie führten, gebessert haben bzw. nicht mehr bestehen. Die Frage nach einem Symptomwandel bejahten 25 % der Eltern. 66 % der Eltern gaben an, daß sie mit der Behandlung sehr zufrieden bzw. zufrieden waren, 27 % der Eltern waren mit der Behandlung weniger zufrieden oder unzufrieden. 65 % der Eltern sahen eine günstige Auswirkung der Behandlung auf ihren Sohn/ihre Tochter sowie auf ihr Verhältnis zu ihrem Kind.

Im abschließenden Kapitel wurde mit Hilfe von Mehrfeldertafeln untersucht, welche statistischen Zusammenhänge sich zwischen den Daten der Therapie und den Merkmalen der weiteren Entwicklung nachweisen lassen. Die mittels χ^2-Test als signifikant nachgewiesenen Zusammenhänge wurden nach Einflußgrößen geordnet dargestellt und unter der Fragestellung interpretiert, inwieweit andere intervenierende Variablen wie z.B. spezifische Krankheitsspektren diese Zusammenhänge verursachten.

Überraschend war hier vor allem das Ergebnis, daß Patienten, deren Eltern angaben, daß eine 1969 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen oder auswärts begonnene Behandlung abgebrochen wurde bzw. nicht zu Ende geführt werden konnte, eine ungünstigere Entwicklung bezüglich der ehemaligen Symptome, des Auftretens neuer Symptome, der Belastung der Familie, der früheren Kontaktschwierigkeiten, der späteren Schulausbildung sowie bezüglich der Freizeitkontakte als der Durchschnitt aufweisen.

LITERATURVERZEICHNIS

Becker, K.: Feldstudie über die räumliche Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen in Tübingen, Med. Diss. Tübingen, 1973.

Bleckmann, K.H. u. Bodemann, H.: Katamnestische Untersuchung bei Patienten aus der Erziehungsberatung, Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 1, 11-13 (1956).

Bodenstein, D.: Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen am Institut für Psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 25, 278-306 (1976).

Bothmer, von G.: Pädagogische Leitung einer jugendpsychiatrischen Abteilung, Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie, 22, 49-62 (1973).

Brückner, P.: Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus, 5. Aufl., Frankfurt a.M.: EVA 1974.

Buckle, D.F., Lebovici, S. u. Tizard, J.: Stationäre kinderpsychiatrische Behandlung in Europa. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 14, 17-25 und 14, 69-77 (1965).

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1977 -, Bonn.

Bundestagsdrucksache 7/4200 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Bonn.

Bundestagsdrucksache 7/4201 1975: Anhang zum Bericht über die ...

Dührssen, A.: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie, Z. psychosom. Med. 8, 94-114 (1962).

Dührssen, A.: Katamnestische Untersuchungen bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie, Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 13, 241-255 (1964).

Dührssen, A.: Möglichkeiten und Formen der Elternberatung. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 26, 1-5 (1977).

Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen, Berlin: Springer 1959.

Ernst, K., Kind, H. und Rotach-Fuchs, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen, Berlin: Springer 1968.

Friedrich, M.H.: Beratung versus Psychotherapie (Überlegungen ihrer Anwendbarkeit in der Jugendpsychiatrie) Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 5, 19-24 (1977).

Friedrichs, F.: Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbek: Rowohlt: 1973.

Fritz, H.: Zur Problematik der Katamnesenerhebung bei verhaltensgestörten Kindern, Med. Diss. Köln, 1964.

Garrett-Bleek, N., Hamacher, B. und Preiser, K.: Arbeit und Gesundheit - Analyse einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung -. In: Abholz, H. (Hrsg.), Krankheit und soziale Lage, Frankfurt a.M.: Campus 1976.

Geissler, B. und Thoma, P.: Medizinsoziologie, Frankfurt a.M.: Campus 1975.

Gleiss, I., Seidel, R. und Abholz, R.: Soziale Psychiatrie, Frankfurt a.M.: Fischer TB 1973.

Harbauer, H.: Erfahrungen zur Methodik von Katamnesenerhebungen bei kinderpsychiatrischen Zustandsbildern. Jb. für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete Bd. V, Bern: Huber 1967.

Hege, M. und Bichlmaier, R.: Katamnestische Untersuchung über 5-jährige Beratungsarbeit an einer öffentlichen Erziehungsberatungsstelle. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 14, 97-111 und 14, 141-146 (1965).

Henkel, D. u. Roer, D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Das Argument - Argument Sonderband 12, Karlsruhe: Argument-Verlag 1976.

Houben, A.: Klinisch-psychologische Beratung. München/ Basel UTB 1975.

Kossen, J., Köttgen, Ch., Ludewig, K., Meyer-König, E. u. Sprengel, Ch.J.: Aufbau einer Station für jugendliche psychiatrische Patienten - erster Erfahrungsbericht nach einem Jahr. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 26, 218-225 (1977).

Langen, D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie, Stuttgart: Thieme 1956.

Lehnhardt, K.: Praktische Erfahrungen mit offenen Elterngruppen in einer Erziehungsberatungsstelle. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 14, 125-140 (1965).

Lempp, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung, 3. Aufl., Bern: Huber 1975.

Leventhal, Th.Ph.D. and Weinberger, G.Ph.D.: Evaluation of a large-scale brief therapy program for children. Amer. J. Orthopsychiatr. 41 (1), January 1975.

Maluccio, A.: Residental treatment of disturbed children: a study of service delivery. Child welfare 53, 225-235 (New York: 1974).

Merkel-Neininger, U.: Der Einfluß der familiensoziologischen Situation auf den Verlauf der Enuresis, Med. Diss. Tübingen, 1974.

Müller-Küppers, M.: Arbeits- und Führungsstil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. Jb. für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete Bd. VI, Bern: Huber 1967.

Müller-Küppers, M.: Jugendpsychiatrie und Erziehungsberatung. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 12, 257-266 (1963).

Nissen, G.: Eltern, ihre Probleme und ihre Beratung. In: Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Aufl., Berlin: Springer 1976.

Petri, H.: Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1979.

Pflanz, M.: Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart: Thieme 1973.

Redlich, F.C. und Freedman, D.X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976.

Remschmidt, H., Dauner, I., Schulz, U.: Zur Strukturanalyse des Krankengutes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Kinder und Jugendliche. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 23, 42-46 (1974).

Sachs, L.: Angewandte Statistik, 4. Aufl., Berlin: Springer 1973.

Scheuch, E.K. und Meyersohn, R. (Hrsg.): Soziologie der Freizeit, Köln: Kiepenheuer + Witsch 1972.

Schilling, J.: Jugend und Freizeit, 2. Aufl., Tübingen: 1974.

Schmitz-Scherzer, R.: Sozialpsychologie der Freizeit, Stuttgart: Kohlhammer 1974.

Späth, H.: Cluster-Analyse-Algorithmen, München: Oldenbourg-Verlag 1975.

Spiel, W.: Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme Tb. 1976.

Steuber, H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 22, 246-250 (1973).

Stokvis, B.: Versuch einer Erfolgsstatistik über die Wirkung der Psychotherapie anhand katamnestischer Untersuchungen. In: Speer, E.: Aktuelle Psychotherapie, München: Lehmanns Verlag 1958.

Strunk, P., Remschmidt, H.: Aufgaben und Struktur kinderpsychiatrischer Kliniken. Nervenarzt 42, 74-79 (1971).

Zillhardt, H.-W.: Felduntersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der ambulanten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen im Jahr 1970, Med. Diss. Tübingen, 1976.

Lebenslauf

Am 2. August 1953 wurde ich, Josef Engelbert Aumiller, als Sohn der Chem.-Reinigerin Katharina Aumiller, geb. Bisle, und des Schlossers Johann Aumiller in Ulm geboren. Nach vier Jahren Grundschule in Gerlenhofen wechselte ich im Herbst 1959 auf das Johann-Michael-Sailer-Gymnasium in Dillingen/Do. über, wo ich im Juni 1972 mein Abitur ablegte.

Im Wintersemester 72/3 begann ich mein Medizinstudium an der FU Berlin, zum Wintersemester 73/4 wechselte ich an die Universität Tübingen, wo ich nacheinander das Physikum (März 1975), den 1. Teil des Staatsexamens (August 1976) sowie den 2. Teil des Staatsexamens (August 1978) bestand. Nach Absolvierung des Praktischen Jahres in Böblingen sowie in der Neurologischen Universitätsklinik Tübingen legte ich am 26.10.1979 den dritten Teil des Staatsexamens ab.

Seit April 1980 bin ich auf der Inneren Abteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg tätig.